TOWARD AN IMPROVED HEALTH SYSTEM IN FRENCH IN NEW BRUNSWICK

Report presented to the Premier of New Brunswick,
the Honourable Shawn Graham

Prepared by

Gino LeBlanc

March 2010

Table of Contents

Background 1

Objective 5

Mandate 5

Challenges of Minority Linguistic Communities 9

Toward a Vision of Empowerment 12

Genesis of French-Language Health Services in New Brunswick 13

Health and Wellness in French in New Brunswick: Growth of Knowledge and Community Mobilization 15

Findings and Recommendations 20

Conclusion 37

Background

The provincial health reform of 2008 substantially transformed the administration and governance of the health system in New Brunswick. As we shall see, that reform is part of a continuum of actions imposed by governments across Canada that, since the 1980s, have sought to maintain control over the gradual increase in spending on health care while prioritizing the provision of quality services expected by the public. The most recent health reform in New Brunswick generated a wide range of reactions. Some saw it as a move toward a more integrated system province-wide with less duplication, while others expressed concern regarding the capacity of the Acadian and francophone community to continue to manage its francophone spaces and institutions in the health field. It is those latter concerns that prompted the preparation of this report, commissioned by the New Brunswick government.

A number of views have been expressed on the reform publicly, some proposing concrete, constructive solutions to the problem and others simply denouncing the change. Certain persons chose the media or political forums to make themselves heard, while others chose the courts, as in the case of the group *Égalité Santé en français*. One thing for certain, the health reform has galvanized all of civil society, because health care remains a priority for all citizens of New Brunswick.

Access of francophone citizens to these public services in their language is a right clearly set out, but when it comes to health care, the question of people's safety comes into play. Furthermore, the recognition that francophones have the right to manage certain institutions necessary to their development is not only seen as a legal principle, it also constitutes a fundamental value for the Acadian and francophone community. It is in fact

the articulation and the implementation of these rights and these principles that are at stake here.

During the last decade, the community identified this sector as a priority and invested major resources in establishing new associations in the health field. It is only natural that, in developing community health spaces, the emphasis was placed on services, awareness, training, and education. Unfortunately, little energy was devoted to the articulation of a model making it possible to reconcile the principles of autonomy and ownership by the Acadian and francophone community, on the one hand, and the principles of collaboration and sharing of common spaces within a provincial system that serves all citizens. I frequently found myself caught between these two realities during my numerous discussions with the stakeholders with whom I met. The challenge is to plan and protect the development of francophone spaces in the health field while ensuring quality services centred on New Brunswickers. Those services, ultimately, must be delivered by two networks of facilities within a provincial system characterized by limited means and human resources, without falling into the untenable trap of duplication of certain services. Lastly, the articulation of a new health governance model has, as its backdrop, decades of inequities between the north and the south, between urban and rural areas, and between the province's two official linguistic communities.

It is therefore not surprising that there is a great deal of uncertainty surrounding the 2008 health reform, and we hope that our recommendations will clarify the place that French must occupy in the provision of health services and, no less importantly, the role of the new Regional Health Authority A as a francophone institution and as a governance structure in which New Brunswick's Acadian and francophone community participates.

A reform of such scope can create enormous challenges along with new opportunities. Our mandate does not claim to tackle the numerous issues involved in the global challenge of developing and managing a sustainable, effective health system that is capable of responding to growing needs. Instead, it is limited to issues that have an impact on the governance of Regional Health Authority A by the Acadian and francophone community, the functioning of this Health Authority in the French language, and, lastly, access to services in French within the health system. As was the case in the field of education 30 years ago, the community has to get down to work by innovating and defining the parameters of a new francophone system in the health field.

Our focus on health and wellness in French in New Brunswick brought us to the area of language rights and constitutional law. Some of the people we spoke with felt intimated by the substance of the legal jargon and the sometimes highly specialized vocabulary of this debate that, ultimately, revolves around the health system and its organization within the provincial public administration. The fact remains that these vested rights are key elements of the community's development. It is no exaggeration to say that the *Act Recognizing the Equality of the Two Official Linguistic Communities in New Brunswick* constitutes a fundamental element of the New Brunswick political pact. This report is concerned mainly with these dimensions of language and governance for the Acadian and francophone community. Nonetheless, even if we were not tasked with reflecting on the issue of the health of the francophone population as such, the 2008 reform must also seek to contribute to improvement of the health and well-being of francophones and the provision of quality services.

Throughout the world, health is considered a fundamental dimension of a society's development and an indicator of the quality of life and dynamism of

its citizens. I wish to thank the key stakeholders in the field of health and wellness in French in New Brunswick, such as the *Société Santé et Mieux-être en français*, the *Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick*, and the *Mouvement acadien des communautés en santé*, which reminded me on more than one occasion that, even though my mandate dealt with important issues in terms of structures and services, I should never lose sight of the patient or the population that must remain at the centre of the process at all times. The political scientist in me recognizes the importance of accountability mechanisms and structures and the need for a minority community to manage its community spaces in order to direct its destiny. As a father and grandson, I recognize that we must also tackle health from the perspective of the well-being of our families and of our communities in general.

Moreover, upon rereading my meeting notes, I was surprised to find that, despite the very clear indication given to the persons with whom I met that my mandate was concerned mainly with elements of a linguistic nature and the governance structures of the Acadian and francophone community, most of the stakeholders also wanted to discuss the health challenges of our francophone population, In particular, they wanted to talk about the population decline and our aging population, the shortage of francophone professionals in the field of health and wellness, as well as the overly curative and not sufficiently preventive approach of our system. Others wanted to share the issues surrounding nursing homes, youth obesity, the growing costs of the system, or the wait time for treatments. Those issues naturally go beyond my mandate, but I decided to mention them to show that anyone who wants to take the time to talk about health in New Brunswick will find a population that is attached to its system and is trying to help identify the solutions that we will have to identify in the near future.

Objective

I agreed to prepare this report with full knowledge of the facts. When the Premier approached me in December 2009, health was a hot-button topic within the Acadian and francophone community, and an adversarial process instituted by recourse to the courts was at its height. I entered into a conflict situation willingly, and I was conscious that I was taking a risk in the hope of bringing about a possible resolution of the impasse. Apart from a few efforts by a very small group to inform on those who were seeking solutions, everything went quite calmly. In the field, in every region of New Brunswick, I found an undeniable desire to propose solutions in order to improve the current structure of our health system.

Here is the objective of the process as presented by the Department of Health:

> *"The objective of this dialogue is to identify potential solutions in consultation with key stakeholders in the field of health in French in New Brunswick and to present the New Brunswick government with solutions designed to improve the health system following the 2008 reform. This process could possibly serve as an alternative to the legal proceeding initiated by Égalité Santé en Français Inc., but that is not its primary goal. Any express efforts aimed at resolving this dispute is therefore not our responsibility but rather that of the lawyers engaged by the opposing parties in the dispute."*

Mandate

The mandate is succinct and revolves around two types of issues, the first related to governance of the Acadian and francophone community and the second to access to services in French. At the risk of repeating myself, this report is not a reflection on the 2008 reform as a whole. The health system is increasingly complex and continues to consume a larger and larger share of the provincial budget. When I accepted the mandate to prepare recommendations for improving the health system for the Acadian and

francophone community, it was important to clearly determine the parameters of the mandate and clearly identify the issues, because the limited period of time allowed for carrying out the mandate (70 days) required great precision in how the problem to be studied was defined. I came to an agreement with the New Brunswick government that, by means of targeted meetings, we would engage leaders and stakeholders from the Acadian and francophone community in an effort to identify alternatives making it possible to improve the new structures put in place in 2008. The themes to be explored included the structure of the regional health authorities, their functioning, and the range of services offered to the population.

This exercise would have been impossible without the generous participation of the members of the support committee. Those persons are not in any way connected with the content of this report. The title given to the committee aptly conveys the role it played: support. The words and recommendations presented in this report are mine, and I assume full responsibility for them. But the support committee was essential when it came to exchanging ideas and identifying persons to be met with, documentation to be consulted, and research pertaining to our problem.

I wish to thank the persons who accepted the invitation to sit on the support committee and share their expertise in the field of health in French in New Brunswick:

- Barbara Losier, Executive Director, *Mouvement acadien des communautés en santé*
- Gilles Vienneau, Executive Director, *Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick*
- Jean-Marie Nadeau, President, *Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick*

- Stéphane Leclair, Executive Director, Centre communautaire Sainte-Anne, and member of the advisory committee for the Centre de santé Noreen-Richard (Fredericton)
- Dr. Jeannot Castonguay, retired physician and Chair of the Board of Governors of the Université de Moncton
- Euclide Chiasson, former president, *Société nationale de l'Acadie*
- Sylvain Vézina, Professor, Department of Public Administration , and researcher with the *Groupe de recherche et d'innovation sur l'organisation des services de santé* (GRIOSS)

I broke the mandate down into four questions that guided my conservations with more than a hundred stakeholders in all parts of the province. In order to obtain comments that were as candid as possible, given the delicate nature of the subject, I promised to keep what the participants said confidential. On the basis of the partnership pentagon proposed by the *Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick*, we met with stakeholders from five key health sectors: health professionals, academic institutions, communities, health managers, and policy makers.

The four themes, and corresponding questions, that guided the meetings are as follows (it should be noted that a number of sub-questions arose from these).

1. Governance (board of directors)

   - What are the essential characteristics enabling Regional Health Authority A to be an institution representing the Acadian and francophone community?

2. Functioning of Regional Health Authority A (its administration)

   - What are the essential characteristics enabling Regional Health Authority A to be an institution where the administration fonctions in French?

3. Improvement of services in French (narrowing of gaps between the RHAs and improvement of French-language service in RHA B)

   - What are the inequities between RHA A and RHA B, and how can the gaps be narrowed?

   - How can we ensure improvement of French-language services within RHA B?

4. Training of health professionals

   - What role can the training of health professionals in French play in the attainment of greater equality of health care in New Brunswick?

This report is thus the product of a process of reflection that follows 10 weeks of targeted meetings and discussions with key players in the field of health in French in New Brunswick. Within a relatively short period of time, we have come up with some recommendations that, in our view, will make it possible to improve the major reform of the health system implemented in 2008.

Challenges of Minority Linguistic Communities

When it comes time to organize their political voices and express their development priorities in the political arena, national minorities[1] face significant challenges. Linguistic minorities in Canada, including New Brunswick Acadians, benefit from legal recognition and community infrastructure promoting the carrying out of social action and participation in the shaping of their development. The implementation of those rights remains to be defined and is reflected in an ongoing process of co-management and dialogue between the legislator (the State) and the community. The actualization of real equality is a constantly evolving undertaking and requires a common ground for sharing and planning. Today, any development project put forward by the Acadian community must be subject to accountability measures and to the sound utilization of public funds. Any implementation of a francophone space and an autonomy agreement must occur within the accountability parameters of the Legislative Assembly of New Brunswick or the federal Parliament.

Recognition of the language rights of francophone minority communities has advanced considerably since the adoption of the *Official Languages Act* in 1969. With the increasingly generous reading of the scope of these rights by the courts, francophone minority communities themselves have had to rethink the development of their community and imagine how to actualize these new opportunities. Across Canada, several joint committees composed of representatives of the federal government and francophone communities have been set up in sectors as varied as francophone immigration and economic development in French. The same cannot be said for the New Brunswick government and the Acadian and francophone community.

---

[1] We are referring here to the concept of national minorities, as expressed in Will Kymlicka, *La citoyenneté multiculturelle: Une théorie libérale du droit des minorités*, Paris, La Découverte, 2001.

Common grounds for dialogue are few and far between and tend to exist on an ad hoc basis. It is a sad irony that, at a time in its history where the Acadian community has a multiplicity of structures and community action capacities at its disposal, neither it nor the New Brunswick government has been able to institute a common ground for planning and implementing development.

It is easier to identify the government's spokesperson or representative than it is to identify a minority community's legitimate representative. However, in the case of Acadians, the federal and provincial governments have recognized the community voice established several decades ago. Through its network of associations, from the former *Société Nationale des Acadiens* at the start of the century to the *Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick* of the 1970s and the *Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick* founded just recently, Acadian civil society has always sought to acquire community representation tools in order to influence and defend its collective interests in political debates and the development of public policy. But the tools available to a linguistic minority do not have the scale or the scope of those of a government, and the relations between this community and its governments and its neighbouring societies must rely on mechanisms of accommodation and management.

The recent health reform brings into play the most fundamental challenges associated with the development and construction, by government, of places permitting the expression of linguistic and cultural diversity. When the New Brunswick government states that it desires real equality between francophones and anglophones, it is postulating de facto that it must take measures to protect and promote the language and institutions of the francophone minority. It is the language of the francophone minority that is threatened by surrounding linguistic and cultural pressures, not that of the

anglophone majority. Government must establish measures promoting the minority's influence without basing the entire public space on ethnic or linguistic criteria. It has to plan, invent, and find compromises through dialogue and discussion between societal groups.

New Brunswick's political space and public institutions must seek to establish a balance between recognition of key places essential to the protection of the minority's language and culture and the need to establish a common ground for anglophones and francophones that transcends ethnic and linguistic differences. New Brunswick's genius lies in the numerous accommodation formulas invented right here and exported throughout the Canadian francophonie. The school-community centre model for highly minority communities, an idea that was conceived here, merges a place of education (school) with the need to expand this into a space for socialization, community development, and empowerment for the entire community (community centre). Duality within the Department of Education is a management model unique to New Brunswick that serves this Department well and that is, quite clearly, essential to the maintenance of language and culture in New Brunswick. The establishment of the *Association des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick* (AEFNB) and the New Brunswick Teachers' Association (NBTA) as professional development bodies that are separate but that form one entity, the New Brunswick Teachers' Federation (NBTF), when advocating for union interests, is another formula for accommodating linguistic and cultural diversity.

When it comes to the health field, the same planning issues emerge:

- How can we reconcile the need to create institutions that are managed by the francophone minority but that function within a common provincial system?

- How can we create spaces where French is the language of daily operations while having an obligation to serve both linguistic communities?

The concept of "vivre ensemble" [Living together] implies that, in societies that recognize specific rights for minorities, the members participate in the political community not only as individuals, but also through their group. Their rights therefore depend in part on their membership in a group, and governments must understand that this is a question of collective recognition and that the ensuing development must be viewed globally. That basically sums up the importance of this "vivre ensemble" concept that should govern all western societies. New Brunswick is, in several respects, a model of accommodation between linguistic and cultural groups, and what remains to be done is to transpose those concepts to the health sector.

Toward a Vision of Empowerment

I agreed to contribute to the discussion on the organization of French-language health services in New Brunswick because I consider this discussion to be no less important than the one held 30 years ago on the organization of the French-language education system, where the model adopted embraced duality and homogeneous school boards. But that duality model, where each linguistic community has its own school system, cannot be applied to the hospital system, the main reason being the exorbitant costs associated with duplication of facilities. The Acadian and francophone community is almost unanimous in affirming that duplicating facilities throughout the province is not the solution to the important discussion under way on the management of a francophone space in health. In the case of the health system, the Acadian and francophone community once again has to innovate and reflect upon what the governance of a francophone health space could look like.

Even though certain New Brunswick regions have benefited from French-language health services since the late 19th century, it was only a few decades ago that the Acadian community truly began to invest in the issue. A great deal of progress has been achieved to date thanks to the mobilization of community players. The historical background that follows is intended to highlight the development of French-language health services in New Brunswick and certain continuing inequities.

Genesis of French-Language Health Services in New Brunswick

If New Brunswick's Acadian and francophone community felt threatened by the health reform initiated by the provincial government in 2008, it is first and foremost because it fears that its gains in terms of access to French-language health services may be lost. Moreover, it also fears government inertia in reducing gaps in health services between the province's francophone and anglophone regions. The organization of French-language health services in New Brunswick goes back to the second half of the 19th century, thanks in particular to the sustained efforts of religious congregations. Between 1868 and 1888, these pioneers laid the foundations of the province's first francophone hospital system by founding the Hôtel-Dieu institutions in Tracadie, Saint-Basile, and Campbellton. During this time, the southern part of the province also had hospitals whose language of daily operations was mainly English. The social functions of these first hospitals of the 19th century were very different from those of the contemporary hospital environment. Before the start of the 20th century, hospitals consisted more in shelters for the destitute and sick than treatment centres for the whole population. Scientific and medical progress, as well as societal requirements, helped to transform the role and functioning of the modern hospital and to increase the utilization of hospitals by all classes of society.

The development of the francophone hospital system in New Brunswick continued until the mid-1960s, with religious congregations founding new hospitals in Moncton, Bathurst, Edmundston, Dalhousie, Saint-Quentin, Lamèque, Caraquet, Grand Falls, and Sainte-Anne-de-Kent. These facilities were not only established by the religious congregations but managed by them as well. By the mid-20th century, New Brunswick's health services system could still be described as ineffective, characterized by "a lack of cooperation and coordination between these institutions."[2] Local hospitals operated in an isolated manner, without being part of an integrated provincial network.

Government action in the health field stepped up during the postwar period, in conjunction with the rise of the welfare state, in order to provide a certain level of welfare for the entire population. Health services in New Brunswick saw significant progress thanks to the establishment of federal-provincial agreements in health, such as the hospital insurance cost-sharing program and the universal medicare program. However, there were significant regional disparities within the province with regard to health care and hospital services. Rural regions, in this case most of the province's Acadian and francophone communities, were clearly disadvantaged. The Equal Opportunity Program, launched by Louis J. Robichaud's government in 1967, led to the centralization of several public services, including health services, and the standardization of health care standards. County health councils were subsequently abolished and regrouped into five administrative regions in order "to provide a more efficient and coordinated system of care which permitted equality of services for all citizens."[3] Beginning in the 1970s, the New Brunswick government took over the management of private hospitals.

---

[2] *Health Care in New Brunswick 1784-1984*, Fredericton, Department of Health, 1984, p. 12.
[3] Ibid., p. 15.

The next major reform of health services was carried out by the McKenna government in the early 1990s. That reorganization was in line with a wave of fiscal consolidation and improvement of the hospital system's efficiency. It resulted in reduction of the number of hospital corporations from around 50 to 8. The 1992 reform did not directly respond to the north-south inequalities. Of the eight hospital corporations, three served regions with a majority francophone population, i.e., the Northwest, Restigouche, and Chaleur/Acadian Peninsula, while the other five served regions where francophones were in the minority. The Beauséjour Hospital Corporation, which served southeastern New Brunswick, was in a minority setting but functioned in French. In 2002, the Lord government replaced the hospital corporations with regional health authorities. The number of health authorities remained at eight until the Graham government's reform in 2008.

Health and Wellness in French in New Brunswick: Growth of Knowledge and Community Mobilization

Since the 1980s, the New Brunswick Acadian community, through the organizations that represent it, has certainly contributed to the advancement of knowledge concerning health in French in the province. The *Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick* (SANB)[4] commissioned a major study on the health of francophones. *Objectif 2000: vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, a three-volume work by Jean-Bernard Robichaud, was published in the mid-1980s.[5] That study highlighted the gaps between the province's francophone and anglophone regions in relation to health care. It showed that the anglophone hospitals in the southern part of the province, given the population served, were better equipped in terms of human and financial

[4] We recognize that the organization has had different names over the last few decades, but we are using its current title.

[5] Jean-Bernard Robichaud, *Objectif 2000: Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, 3 volumes, Moncton, Éditions d'Acadie, 1985-1987 (v. 1 La santé des francophones; v. 2 Le système de services de santé; v. 3 Le point de vue de la population).

resources. Moreover, the study also pointed to unfavourable gaps in the francophone hospital system with regard to availability of and access to services, especially specialized secondary and tertiary services. The northern region, which is predominantly francophone, proved to be far behind the south when it came to accessibility and availability of medical/hospital services.

Starting in the 1990s, access to health services in French became an issue for minority francophone communities across the country. The *Fédération des communautés francophones et acadiennes du Canada* (FCFA) coordinated the realization of the very first national study on the situation of French-language health care for francophone minorities, in which the SANB participated.[6] Published in 2001, this report revealed major disparities in terms of access to French-language health care across the country and affirmed the crucial role of language in the efficient delivery of health care. In New Brunswick, during that time, the SANB made health in French a priority issue, organizing a series of consultation and dialogue forums on the topic. In 2003, a new large-scale study on the health of francophones in Nouveau-Brunswick, carried out under the direction of Léandre Desjardins and sponsored by the SANB,[7] appeared. That study showed that the province's francophone hospitals, including the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital, were still behind their anglophone counterparts with respect to access to specialized programs and to physicians, particularly specialists. Catch-up measures were recommended to correct the persisting inequalities between francophones and anglophones.

---

[6] FCFA du Canada, *Santé en français – pour un meilleur accès à des services de santé en français, Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, June 2001.

[7] Léandre Desjardins (sous la dir. de), *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick: étude enterprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick*, Moncton, Éditions de la Francophonie, 2003.

During this period, New Brunswick's Acadian and francophone community acquired tools and means for advancing health and wellness services in French. A broader vision of health emerged, one that incorporated prevention and well-being. In 1996, the efforts of community organizations, such as the SANB and the *Association francophone des municipalités du Nouveau-Brunswick* (AFMNB), contributed to the introduction of the Healthy Communities concept in New Brunswick's Acadia. That concept encourages the assumption of ownership of health by local communities and populations through a collective approach to well-being. It led to the founding of the *Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick* (MACS-NB) in 1999, a dynamic network for the mobilization and support of local Acadian and francophone communities and populations in taking ownership of their well-being.

The establishment of the *Société Santé en français* in 2002 contributed greatly to the organization and mobilization of francophone communities in minority settings. This national network seeks to promote the development of health in French for minority Acadian and francophone communities and currently groups together 17 regional, provincial, and territorial networks, including three member networks of the *Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick* (Réseau-action Communautaire, Réseau-action Organisation des services, and Réseau-action Formation et recherche). The New Brunswick network is the only one in the country that incorporates a common vision of wellness and health as pillars of its structure. Inspired by the World Health Organization, the governance model of *Société Santé en français* is based on engaging five partners: policy makers, health professionals, health managers, academic institutions, and communities.

In 2004, the *Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick* (SSMEFNB) initiated a far-reaching project aimed at identifying the needs of

the Acadian and francophone community and planning primary health services. Called *Préparer le terrain*, this initiative targets two avenues of intervention: increasing access to French-language health services (which includes developing health promotion and disease prevention programs aimed at enhancing health status and ownership of health among individuals and in communities), and increasing the availability of health professionals capable of speaking French. The mobilization of community players contributed to significant achievements in recent years, in particular the opening of French-language community health centres in Fredericton and Saint John.

The increase in the number of francophone health facilities during the 20th century resulted in an increased demand for Acadian and francophone professionals in the health field. New Brunswick has in fact been grappling with a shortage of francophone health professionals for several decades. New Brunswick's Acadian and francophone community took another major step in September 2006 with the official opening of the *Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick* (CFMNB) on the Moncton campus of the Université de Moncton. That delocalized Université de Sherbrooke medical education site now enables Acadian and francophone students to receive medical training in French that is based in the province's communities and adapted to their needs.

The opening of the CFMNB is the result of several years of collaboration between the New Brunswick and Quebec governments. In 1981, the two provinces entered into the New Brunswick Francophone Medical Education Program (NBFMEP), which targeted French-language training for the province's doctors in the faculties of medicine of three Quebec universities (Sherbrooke, Montreal, and Laval). The program's objective was to increase the number of francophone physicians in the province's predominantly

francophone regions in order to overcome the shortage of physicians in these mostly rural areas. Students were exposed very early on in the curriculum to the option of doing their clerkships in the regions and returning there to practice once their studies were completed. The provincial government began to strengthen its ties with the Université de Sherbrooke beginning in 1992 with the designation of the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital as a teaching hospital affiliated with the Faculty of Medicine and Health Sciences of the Université de Sherbrooke. A few years later, in 1996, following consultation with the New Brunswick government, the predominantly French RHAs, and the director of the NBFMEP, it was decided that the Université de Sherbrooke would repatriate three quarters of the 24 francophone New Brunswick students enrolled in medicine in Quebec. Since 2003, each year the Université de Sherbrooke has accepted 24 francophone students from New Brunswick out of a total of 30 possible enrolments. Today, those 24 students receive their training in New Brunswick, including rotations in several of the province's francophone communities. The delocalization of medical education constitutes a first among the Canadian minority francophonie.

The *Consortium national de formation en santé* (CNFS) was an essential partner in the establishment of the CFMNB. The CNFS is a national organization that groups together 11 universities and colleges across the country (including the Université de Moncton) that offer French-language programs in various health disciplines. It is intended to increase the presence and contribution of francophone health professionals and researchers in responding, in French, to the needs of minority francophone communities so as to contribute significantly to the communities' well-being and full development. The CNFS – Université de Moncton component supports both training and research in French. The Université de Moncton offers around 20 health and wellness programs, including some in partnership with the

Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. All of this training meets important needs within Acadian and francophone communities. In short, it is thanks to the mobilization of numerous players that a French-language health and wellness infrastructure has developed in New Brunswick since the 1990s.

Despite some progress in French-language health services since the 1960s, New Brunswick's Acadian and francophone community must continue to urge the provincial government to meet its linguistic and cultural obligations vis-à-vis the French-language minority and to fill the gaps in health services between francophone and anglophone regions. In 2006, the SANB presented a plan for the reorganization of French-language health services that was based on real influence by francophones over their health and wellness services and a francophone structure within the Department of Health.[8] The proposed structure was composed of representatives of francophone RHAs, francophone community health centres in regions served by anglophone RHAs, and the francophone community. This francophone health council would report to a francophone associate deputy minister. The 2008 reform took certain elements proposed in the SANB plan into account, but not all. We hope that the recommendations that follow will help the government to respond to the concerns expressed by New Brunswick's Acadian and francophone community.

Findings and Recommendations

In the light of the feedback we gathered at our sessions and following a survey of the literature and an analysis of the models with the potential to

[8] The SANB plan was presented at a national conference and published in a collective work. See Marie-Pierre Simard, « La santé en français au Nouveau-Brunswick : vivre en santé en français », in Sylvain Vézina (ed.), *Gouvernance, santé et minorités francophones: stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada*, Moncton, Éditions de la Francophonie, 2007, pp. 165-186.

enhance and build on the 2008 reform, we will now present our findings and our recommendations to the Government of New Brunswick. We have endeavoured to articulate these recommendations in the form of substantive measures that can be adopted and implemented through new public policies or through amendments to the Act by the Legislative Assembly of New Brunswick.

I. Is the new Regional Health Authority A francophone?

Much has been said in recent months about the linguistic status of the new Regional Health Authority A. At each of my sessions, the participants asked relevant questions and sought clarification of the linguistic status of the new Regional Health Authority A. The assertion that the linguistic rights of Acadians and francophones have suffered with the creation of Regional Health Authority A was widespread. Many expressed concern, fearing that it was a step backwards, not forwards. However, confusion continues to prevail among the public, and few stakeholders have dared thus far to correct the misinformation that is being bandied about in the public arena. Some say that the new Regional Health Authority A is bilingual, but they do not expound on the nature of this bilingualism. It is misleading not to clarify the obligation of the two health authorities to serve the public in the official language of its choice and to not indicate that French is the working language of the new Regional Health Authority A. Is it important to elucidate certain rather clumsily worded provisions in the reform bill? It most certainly is. Before we make our recommendations on how to improve the current situation, we must make a crucial distinction regarding the linguistic situation within the new Regional Health Authority A. To determine whether Regional Health Authority A is a francophone institution that reflects the priorities of the

Acadian and francophone community, we must first answer two separate questions:

> (a) What is the working language of the new Regional Health Authority A, that is, the headquarters' language of work and operations?
>
> (b) Do the governance mechanisms (board of directors) of the new Regional Health Authority A actually represent New Brunswick's Acadian and francophone community?

To be very clear, the legislation creating the two new regional health authorities and the administrative by-laws adopted by Regional Health Authority A are fairly explicit: the working language of the new Regional Health Authority A is French. While we do not claim to have all the expertise of legal scholars, we were told that the wording used in the bill is clumsy and could be much more explicit. In our view, this is a very pertinent remark, and we are making a recommendation below in that regard. However, concerning the second question above on the issue of governance, we believe, as did almost all of the people we met with, that significant changes have to be made to the governance mechanisms before it can be said that the board of directors of Regional Health Authority A legitimately and democratically represents the collective interests of the province's Acadian and francophone community. Recommendations are needed.

(a) Regional Health Authority A – working in French

The working language of Regional Health Authority A must absolutely be French. Further, a number of executives and managers currently employed with Regional Health Authority A indicated that in actuality, the day-to-day activities of the Health Authority take place in French. Several of them even went further and said that this new francophone health space, i.e., Regional

Health Authority A, affords them the unique opportunity to pursue their careers as senior executives managing health services in French, which is rather exceptional, including at the Department of Health in Fredericton. What is more, the executives were adamant that their vision was to make Regional Health Authority A a francophone health space and to have it become a leader in the field of health care in French in Atlantic Canada.

Indeed, New Brunswick's *Official Languages Act* (and not the 2008 health reform as such) requires the new Regional Health Authority A to serve the public in the official language of its choice. However, the working language of its board of directors and the language of work of its employees at headquarters is French. Does the new Regional Health Authority A have to serve the public in both French and English? Yes, although even the health authorities in existence prior to the reform, including the Beauséjour Regional Health Authority and the Acadie-Bathurst Health Authority, had to provide services in both official languages, pursuant to the province's *Official Languages Act*.

The administrative by-laws adopted by Regional Health Authority A are somewhat more explicit and state clearly that

- the language of work of the board of directors will be French,
- the language of work at headquarters will be French, and
- the institutions will continue to operate in their habitual language.

This means that for most of the institutions, including the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital, the Edmundston Regional Hospital, and the Enfant-Jésus Hospital in Caraquet, French will continue to be the working language. The 2008 reform will not change that situation at all.

In actuality, French is the working language (language of work and operations) of the administration of Regional Health Authority A. However, as it is currently written, the *Regional Health Authorities Act* affirms that

Regional Health Authority A operates in French by taking a demolinguistic approach, instead of affirming it explicitly. Sections 19(1)(*a*) and 19(9), for example, read as follows:

> *19(1) The business and affairs of a regional health authority shall be controlled and managed by a board of directors as follows:*
>
> *(a) seventeen voting members appointed by the Lieutenant-Governor in Council, which appointments shall be reflective of the linguistic community served and shall have regard to gender, representation from urban and rural areas and predetermined competencies determined by the Minister as being necessary to ensure the appropriate skills for the positions;*
>
> *19(9) Subject to subsection (8), the board of directors shall conduct its affairs in the majority language of the linguistic community which it serves, namely the board of directors of Regional Health Authority A/Régie régionale de la santé A shall conduct its affairs in French and the board of directors of Regional Health Authority B/Régie régionale de la santé B shall conduct its affairs in English.*

The linguistic designation of the health authorities is therefore based on the linguistic composition of the population in the communities they serve. The situation quickly becomes muddled when we consider that the areas covered by Regional Health Authority A and Regional Health Authority B overlap in the South East, which could suggest that Regional Health Authority A is only 55% francophone (and not 85%) if we did not subtract the anglophone population, which would normally come under Regional Health Authority B. This ambiguity would not exist if it were simply affirmed that Regional Health Authority A, both in terms of its administration and the working language of its board of directors, is a health authority that functions in French, without referring to the linguistic majority in the area it serves. Further, let us quickly say that the decision to assign regions to the health authorities instead of affirming the existence of a health care system with two networks belonging to each of the two linguistic communities is

questionable. Even though very few people mentioned it during our discussions, it is clear to us that the provincial system as it currently stands is more a historic extension originating from the merger of the former health authorities. Some workers at the francophone community health centres in Fredericton and Saint John feel that these centres could come under Regional Health Authority A, at least where frontline health services are concerned. Discussions on the issue must continue in these communities.

Recommendation 1

We recommend that to clarify the intent of the Government of New Brunswick, the Premier affirm that Regional Health Authority A is a francophone institution. The intent of the Legislative Assembly must be clarified: Regional Health Authority A operates in French, respects the working language of the institutions that report to it, and communicates with the public in the official language of its choice.

Recommendation 2

That the *Regional Health Authorities Act*, S.N.B. 2002, c. R-5.05 be amended to explicitly state that the working language of the administration of Regional Health Authority A and the board of directors is French. It would be a good idea to remove all references to the language of the majority of the people living in the regions assigned to the health authorities and in their place affirm that Regional Health Authority A is francophone and that Regional Health Authority B is anglophone.

(b) Representation of the Acadian and francophone community on the board of directors of Regional Health Authority A

The people we met with all said that representation of the Acadian and French community within the management entity of Regional Health Authority A must absolutely be improved. The current formula whereby the

Minister appoints the 17 members is fundamentally flawed in terms of representativity and in terms of management by and for the community. Everyone agreed on the introduction of an elective dimension and on the participation, in one form or another, of the Acadian and francophone community, and particularly its organizations in the health sector, in the make-up of the management entity of the new Regional Health Authority A. That said, many were in favour of the development of competency profiles that imposed a minimum level of knowledge and experience on the members of the board of directors, who have to manage the largest envelope in the provincial budget. It is necessary, however, to strike a balance between a board of directors which is accountable to voters in the Acadian and francophone community so as to legitimately represent the latter and one which has the abilities and expertise deemed necessary for the sound and efficient management of Regional Health Authority A. Clearly, significant changes must be made to the existing governance mechanisms before it can be said that the board of directors of Regional Health Authority A legitimately and democratically represents the collective interests of the Acadian and francophone community. It must be ensured that a certain number of the members of the board of directors of Regional Health Authority A are elected by universal suffrage and that others are appointed on the basis of individual abilities. The desirable competencies for such appointments, in certain cases at least, should include active participation in francophone organizations in such areas as health and wellness, economic and community development, and French cultural life, to name but a few.

We do not understand why some people said that having members whose mother tongue is English (or who come from non-Acadian or non-francophone ethnic backgrounds) disqualifies the board of directors as an entity representative of the Acadian and francophone community. Such remarks take us down a slippery slope, and it is of course inadmissible and

unacceptable to devise profiles based on ethnic origin or to exclude individuals whose mother tongue is not French. Obviously, the ability to speak French and to function in an organization whose working language is French is essential and compulsory. Further, it would be desirable for linguistic ability to be included in the profile of competencies determined by the Minister, in accordance with subsection 19(1) above. In other words, the ability of all of the members of the board of directors to function in the official language of each health authority must be an essential requirement. It would place the emphasis on "linguistic" competency criteria only, and not on ethnic or national provenance.

New Brunswick's Acadia is intent on reaching out more and more to the world and celebrating its cultural diversity. In our view, a French-language competency criterion is definitely needed for the members of the board of directors of Regional Health Authority A. Any other criterion with respect to mother tongue or ethnic origin is totally unacceptable in a pluralistic, democratic, and egalitarian society. That said, the terms and conditions currently governing the membership of the board of directors emphasize the importance of certain characteristics (e.g., male-female, urban-rural balance). However, competency in French should be mentioned as well.[9]

Recommendation 3

That the majority of the board of directors of Regional Health Authority A consist of representatives of the Acadian and francophone community who are elected by universal suffrage every four years.

[9] See section 19(1) cited earlier in the text.

Recommendation 4

That, to properly represent all of the regions served by Regional Health Authority A, all of the elected positions on the board of directors of Regional Health Authority A be representative of the health areas corresponding to the former health authorities.

Recommendation 5

That a minority of representatives on the board of directors of Regional Health Authority A be appointed by the Minister of Health in consultation with the Acadian and francophone community, and particularly with organizations active in the areas of health and wellness in French in New Brunswick. These appointments should be made based on profiles of desirable competencies determined by the administration of Regional Health Authority A.

Recommendation 6

That, when determining representation criteria and competency profiles for future members of the board of directors, it be explicitly affirmed that these persons must have the linguistic competencies needed to function in French in order to manage the affairs of Regional Health Authority A.

Recommendation 7

Names and symbols have a role to play in the construction of the social and cultural fabric of society. We see that Regional Health Authority A has launched a contest to come up with a new name. We applaud this initiative. Clearly, Regional Health Authority A needs a name with considerable symbolic value evocative of its francophone character, and we recommend that it choose a name reflective of this linguistic and cultural status.

II. Greater equity between the health authorities in order to shrink the gaps and enhance service in French in Health Authority B

At most of our sessions, the participants underscored the historic inequities in the allocation of certain health services (secondary and tertiary levels) and

the attribution of resources between the English- and French-speaking regions of the province, between the north and the south and, thus, between the new Regional Health Authorities A and B. We also note the historical gaps reported in the outstanding studies by Jean-Bernard Robichaud (1985–1987) and, more recently, by Léandre Desjardins (2003). Several people we met with said that the grouping of the eight former health authorities under the new model of two health authorities makes the inequities between north and south even more apparent. However, care must be taken not to create the impression that Regional Health Authority A must absolutely duplicate that which exists in Regional Health Authority B, or vice-versa. Everyone agrees that our province cannot afford to have two health care systems. The people that I spoke with all agreed that there should be a single health care system with two management entities (Regional Health Authorities A and B), on the condition that it serve everyone in the official language of his or her choice, regardless which entity the health institution comes under.

Several people talked about the language barriers that are still present within Regional Health Authority B. Indeed, Regional Health Authority B has expressed its desire to enhance access to services in French, and it has made this goal one of its strategic objectives. It has committed to setting up a francophone liaison committee, and intends to develop and implement a strategic plan on official languages. These initiatives are commendable, but an even firmer commitment is required on the part of the health care system in general and the provincial Department of Health in particular.

We met with official languages coordinators from Regional Health Authority B. Their role is significant, despite the limited resources at their disposal. Regional Health Authority B has to address major challenges regarding the ability of its health care institutions to provide services in French to francophones in its catchment area and to provide tertiary services to all

francophones in the province when those services are not available within Regional Health Authority A. This illustrates the importance of having a plan that establishes protocols to ensure that the francophone community is served in its language when services are provided by Regional Health Authority B. The active offer of services in French is not a wish by the Acadian and francophone community, but rather a right conferred upon it by New Brunswick's *Official Languages Act.* We are still waiting to see significant progress in this area. The Department of Health and the two regional health authorities must devise an action plan to ensure that the province's health care system as a whole complies with the *Official Languages Act.*

Recommendation 8

That the provincial health care plan include specific and measurable targets with regard to official languages.

Recommendation 9

That a joint provincial action plan involving Regional Health Authority A and Regional Health Authority B with regard to health services in both official languages be developed within the next 12 months. A balanced entity chaired by the Deputy Minister of Health would be responsible for implementing a provincial action plan on official languages. The plan would contain performance evaluation and accountability mechanisms in order to measure progress. Regional Health Authorities A and B must include the language aspect in their respective plans. An annual report on progress made in health services in both official languages in New Brunswick must be submitted to the Legislative Assembly.

A comparative list of services offered by the two health authorities can serve to illustrate certain inequities, but it cannot be the foundation for the future development of new services for Regional Health Authority A. The principle of linguistic equality means that we must consult the Acadian and francophone community and plan its growth together on the basis of its capacities, its clinical volumes, its human resources, and on what it would like to see in terms of secondary and tertiary services in its health care network. We have to build on the basis of the principles of need and complementarity, not duplication. Compiling lists and denouncing inequities are useful strategies in the world of communications, but duplicating services is not a proper strategy for building health in French in New Brunswick. Regardless of the expression used, e.g., catching up, narrowing the gap, or building equity between the two health authorities, it is essential that we do not dilly-dally and especially that we do not delay in establishing a mechanism to assess Regional Health Authority A's priorities and in adopting a preliminary action plan. The distribution of specialized services between the two health authorities is indeed uneven, and no one would dispute that fact. In announcing the 2008 reform, the Minister of Health acknowledged that this imbalance predated the overhaul of the system, and he confirmed the need to allocate specialized services more effectively and to restore equity.

Recommendation 10

That the Premier and the Minister of Health affirm the Government's commitment to paying particular attention to the current and future development of tertiary health care within Regional Health Authority A by establishing the first phase of a five-year action plan to ensure greater accountability in Regional Health Authority A's efforts to catch up. The committee responsible for developing this action plan under the direction of the Deputy Minister of Health should consist of representatives of the management team of Regional Health Authorities A and B, the Associate Deputy Minister (Francophone Services), and representatives of the Acadian and francophone community involved in the development of health and wellness services in French.

Recommendation 11

That, to begin narrowing the gap between the two regional health authorities, the principle of "equitable distribution" be applied immediately. This principle can be explained as follows: in the case of new health services or the extension of services that are slated to be offered at more than one institution in the province, the Government undertakes to consult the health authority where the service does not exist, in order to give it the opportunity to provide it in its network on a priority basis. The principle of "equitable distribution" is part of a catch-up strategy, and its objective is to provide where possible a second point of service or extension of service in the health authority not currently offering it.

III. The New Brunswick Health Council: a stakeholder in the development of health services in French

Some of the people we met with felt that the New Brunswick Health Council has a role to play in enhancing health services in French in the province. Indeed, if we look at its mandate, which is to measure, monitor, and evaluate health care services in New Brunswick, we could surmise that the linguistic aspect is a significant factor in the Health Council's work. The current mandate of the New Brunswick Health Council is as follows:

> *New Brunswickers have a right to be aware of the decisions being made, to be part of the decision-making process, and to be aware of*

the outcomes delivered by the health system and its cost. The New Brunswick Health Council will foster this transparency, engagement, and accountability by:

- *engaging citizens in a meaningful dialogue;*
- *measuring, monitoring, and evaluating population health and health service quality;*
- *informing citizens on health system's performance;*
- *recommending improvements to health system partners.*

Recommendation 12

That in its studies, its engagement mechanisms and its work, the New Brunswick Health Council systematically take a separate and comparative look at the state of the health and services of each official language community in the province and that it take into account the separate and common values of the two linguistic and cultural communities. The Council should also take into consideration and measure the ability of the health authorities to meet the linguistic needs of the two official languages communities.

IV. FacilicorpNB – a new government agency created to rationalize health resources, including management of the procurement of non-clinical programs and services for the entire health care system

FacilicorpNB Inc. is a commercial corporation whose sole shareholder is the Minister of Health. Its mandate is to provide support services to the two regional health authorities in the areas of materials acquisition, information technologies and telecommunications, and laundry services.

According to what we heard at our sessions, the establishment of FacilicorpNB caused consternation in the Acadian and francophone community. The discontent stems particularly from the fact that employees who used to report to the former health authorities now come under this brand-new provincial public sector agency. Some of the employees who used to work in francophone environments, such as the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital, voiced fears about the language of work. Clearly,

FacilicorpNB must ensure that acquired rights are upheld and, what is more, that francophone spaces are developed in the workplace.

First, since the inception of FacilicorpNB, the place of work of each employee has changed very little or not at all. Most of the employees have remained at the health care institutions where they were prior to the 2008 reform, and are still in the same work and social areas. Further, FacilicorpNB is subject to the *Official Languages Act*, and it was confirmed to us that this agency has promised Regional Health Authority A that it will respect the language of work at the institutions, such as the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital, in its communications with the employees who are still there. Last, but not least, it is our understanding that prior to the establishment of FacilicorpNB, non-clinical product and service procurement groups had been set up by certain health authorities and that most, if not all, communications concerning these groups took place in English. However, at present the agency is formally committed, besides being legally obligated, to meeting the linguistic obligations in effect in New Brunswick.

Nonetheless, FacilicorpNB continues to be a sensitive issue in the eyes of many, and it would be in the government's interest to rethink the structure of this new agency. A fundamental structural problem with FacilicorpNB has to do with the fact that the real consumers and users of services provided by the public agency are not true members. FacilicorpNB's actual shareholders are the two regional health authorities, not just the Minister. As the actual agent of the two health authorities, FacilicorpNB should have at the table the real users of its goods and services to ensure proper alignment of procurement in order to meet the needs of the two health authorities more effectively. The presence of Regional Health Authority A within the governance structure would lessen a good many fears regarding language issues and the influence it wields over the agency's decisions. FacilicorpNB's shareholders should

therefore include the two regional health authorities and the Minister on the basis of a representation formula of one-third each.

Recommendation 13

That FacilicorpNB's shareholders consist of the Minister, Regional Health Authority A and Regional Health Authority B (Horizon) and that the members of the board of directors of this agency also be chosen by the new shareholders in accordance with the customary rules of corporate law.

V. Training in French for health and wellness professionals in New Brunswick: formally recognize the right to a francophone network and to separate education, training, and research institutions.

The development of training programs in French for health care professionals in New Brunswick has been, quite frankly, astounding. The Université de Moncton has made health a strategic focus, and it currently offers more than 20 programs and nearly 300 health science courses. The contribution of the Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick to the development of the health care system is remarkable, and it offers the only medical training program in French in the Atlantic Provinces. The Centre is the result of a partnership between the Université de Moncton, the faculty of medicine and health sciences of the Université de Sherbrooke, the Government of New Brunswick, and Regional Health Authority A. The Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital has unquestionably made a major contribution when we look at the progress that has been achieved, and conditions seem ripe for a university hospital centre to be established in the near future. Such a centre is bound to be highly treasured by New Brunswick's Acadian and francophone community, which aspires to achieve greater institutional completeness. This future university hospital centre will play a unique role and have a provincial vocation as regards teaching,

training and research in French with the above-mentioned partners. It is equally important to develop the network of affiliated university hospital centres, which will make it possible to roll out programs and partnerships across the province. Further, many stakeholders said that the shortage of bilingual health care workers is causing serious problems that are affecting the institutions' ability to meet their obligations under the *Official Languages Act*, i.e., to provide services of equal quality to all members of the public in the official language of their choice.

Health care in French is a booming field. Teaching, research, and training are components that require francophone spaces from which these activities can take place. Whether it be a student intern or a health care professional taking a training course, it is crucial to have francophone spaces where people can study and broaden their knowledge. These new venues must enjoy the same recognition as entrenched in, and guaranteed by, the *Act Recognizing the Equality of the Two Official Linguistic Communities in New Brunswick.*

The Government of New Brunswick must strengthen its commitment to francophone teaching, training, and research spaces in the area of health care in French. It would be to the government's advantage to formally and substantively recognize that these spaces are part and parcel of the province's linguistic framework and that they are consistent with the vision of the equality of the two linguistic communities in New Brunswick. In her 2009 annual report, the President formally indicated that Regional Health Authority A and its partners have taken steps to designate the Dr. Georges-L. Dumont Regional Hospital as a university hospital centre and the Bathurst, Campbellton, and Edmundston regional hospitals as affiliated university hospital centres. It would therefore be in the Government of New Brunswick's interest to clarify these new structures through legislative channels or through other formal mechanisms and thus to create this new

francophone space in the areas of health education, training, and research. The explicit creation and recognition of a university health centre and an affiliated university health centre could be achieved by legislative means or by any other formal government act, i.e., by enacting legislation establishing the new structure or simply by inserting a clarification into the *Act Recognizing the Equality of the Two Official Linguistic Communities in New Brunswick.* Such recognition of a health education, training, and research network for each official language community would mirror the steps taken by elected officials when the Act was adopted, i.e., when in 1981 they unanimously recognized and affirmed their commitment to the existence of a public school network managed by and for francophones. At the very least, the consultations over the past few weeks have shown that it would be in the Province's interest to clarify its commitment to the designation of a university hospital centre and an affiliated university hospital centre using any means it deems appropriate to ensure that this important francophone space can come into being.

Recommendation 14

That the Government of New Brunswick formally recognize and establish, by way of legislation or another type of formal government commitment, a health and wellness education, training, and research network that is established on a homogenous linguistic basis so that appropriate training can be provided to all health care professionals, thus allowing all citizens to receive their health-care services in the official language of their choice, through the provision of equal services of equal quality.

Conclusion

At the end of this health reform debate, New Brunswick's Acadian population is very much divided on the issue of the future of the French health care

network in the province. The discussions highlighted certain historical rifts and showed New Brunswick's Acadia to be more divided than united at present, which I hope is only temporary. It is not in the best interest of small nations such as Acadia to be perpetually divided. While debate and questioning are signs that democracy is alive and well in the Acadian and francophone community, we must nonetheless be wise and mature enough to recognize the importance of building common fronts. As mentioned earlier, this debate over health care governance structures is crucial, and we must take the time to think collectively about the reference points we wish to establish. The construction and advancement of a society cannot rely solely on legal avenues. However, the current situation will have allowed us to take a moment to think about acceptable solutions. I dare hope that we are on the verge of achieving a certain degree of consensus regarding the governance structures and that we can now begin putting our energy into enhancing the delivery of quality health care in French, boosting our community capacity and, especially, taking steps to create environments and living conditions that are auspicious for the health and wellness of all Acadians.

It would no doubt have been preferable had the dialogue between the government and the Acadian community, which the SANB initiated in March 2006 with its top-drawer position paper titled *Vivre en santé en français*, continued. It is surprising to see that since the release of that position paper in 2006, and particularly since the filing of legal action against the Government of New Brunswick by *Égalité santé en français* (with the support of community leaders), that no group, institution, or organization has proposed for public debate recommendations on how to improve the health care system in French. The 2008 reform was formally and loudly denounced, but very few tangible solutions or options have been put forward.

Just as surprising is the fact that the government has no formal mechanisms for analyzing the impact of public policies, not just those already in place but also those being developed, under the lens of official languages. Forty years after the adoption of the *Official Languages of New Brunswick Act*, how is it that successive governments have not developed an action plan for official languages? Do central agencies, such as the Executive Council Office and even the Department of Justice—the government's chief advisor with regard to linguistic rights—have venues for discussion and dialogue with Acadian and francophone community leaders? Are they accountable for the attainment of anticipated outcomes as regards the development and prosperity of the Acadian and francophone community? Everything remains to be built. In my view, we have to bank on the efforts currently being made by the Office of the Premier and the Department of Intergovernmental Affairs to develop a government action plan for official languages.

The establishment of collaborative forums and the development of government action plans will not produce automatic consensus or immediate results. However, contemporary representative democracy requires that civil society be more engaged than ever in processes to develop and implement public policies. While New Brunswick's Acadia has built a most impressive community infrastructure over the last 30 years, I often have the feeling that the provincial government is not taking that fact into account enough and is making little use of it in managing public affairs. And yet, in times of crisis, the importance of working relationships and relationships of trust between government and civil society quickly becomes apparent.

New Brunswick's Acadian and francophone community has every reason to be vigilant, as must all minorities confronted with sweeping reforms and changes initiated by governments. New Brunswick's linguistic framework is built on the recognition of the equality of the two official linguistic

communities. This equality of status applies to the population as a whole and manifests itself in different ways, depending on aspirations and outlooks. The needs of the two linguistic communities are similar in some cases and different in others. Contrary to what many stakeholders in the provincial government may believe, government services are not neutral, and more often than not, they tend to reflect the cultural reality of the majority. It is not enough to serve the two linguistic communities in the same manner. Truth be told, reproducing a service designed in English and translated into French shows a profound misunderstanding of New Brunswick's language framework. Serving a minority community properly means that government services must be sensitive to both the linguistic and cultural needs of the community and meet its aspirations.

The Government of New Brunswick must incorporate into its day-to-day operations the principle of the equality of the two linguistic communities and forge with the community sector relationships of trust and cooperation. This vision of the political pact is at the centre of the social cohesiveness of our province. This political pact was hammered out and implemented based on a vision of equal opportunity for all, as espoused by the Robichaud government in the late 1960s and revived by its successor—the Hatfield government—in a vision of equality of the linguistic communities. This political pact for our province was crafted by politicians of both genders, and it is vital that our current political leaders, with the backing of the community, continue to advance all facets of life in French in New Brunswick.

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANÇAIS AMELIORÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK

Rapport présenté au premier ministre du Nouveau-Brunswick,
l'Honorable Shawn Graham

Préparé par

Gino LeBlanc

Mars 2010

Table des matières

Contexte 1
Objectif de la démarche 5
Mandat 6
Défis des communautés linguistiques minoritaires 9
Vers une vision de la prise en charge 12
Genèse des services de santé en français au Nouveau-Brunswick 13
Santé et mieux-être en français au Nouveau-Brunswick : évolution des connaissances et mobilisation communautaire 16
Constats et recommandations 21
Conclusion 39

Contexte

La réforme provinciale en santé de 2008 a transformé l'administration et la gouvernance du système de santé au Nouveau-Brunswick de façon substantielle. Comme nous le verrons, cette réforme s'inscrit dans un continuum d'actions imposées par les gouvernements partout au Canada qui, depuis les années 1980, cherchent à maintenir le contrôle sur l'augmentation progressive des dépenses inscrites au budget de la santé tout en priorisant l'offre de services de qualité auxquels tiennent les citoyens. La plus récente réforme de la santé au Nouveau-Brunswick a suscité des réactions diversifiées. Certains y ont vu une progression vers un système plus intégré à l'échelle de la province avec moins de dédoublements alors que d'autres ont exprimé des inquiétudes quant à la capacité de la communauté acadienne et francophone de continuer à gérer ses espaces et ses institutions francophones dans le domaine de la santé. Ce sont ces dernières préoccupations qui ont motivé la préparation de ce rapport, commandé par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

Plusieurs voix se sont exprimées publiquement sur la réforme, certaines d'entre elles proposant des solutions constructives et concrètes à la problématique et d'autres tout simplement dénonçant le changement. Certaines personnes ont choisi les médias ou les tribunes politiques pour se faire entendre alors que d'autres ont pris la voie des tribunaux, comme c'est le cas pour le groupe Égalité Santé en français. Chose certaine, la réforme en santé a interpellé l'ensemble de la société civile, car la santé demeure un domaine prioritaire pour tous les citoyens du Nouveau-Brunswick.

L'accès des citoyens francophones à ces services publics dans leur langue est un droit clairement énoncé, mais dans le domaine de la santé, il s'agit, de surcroît, d'une question de sécurité pour les gens. Qui plus est, la reconnaissance que les francophones ont le droit de gérer certaines

institutions nécessaires à leur développement est non seulement un acquis comme principe juridique, il constitue aussi une valeur fondamentale pour la communauté acadienne et francophone. C'est justement l'articulation et la mise en œuvre de ces droits et de ces principes qui est en jeu ici.

Au cours de la dernière décennie, la communauté a identifié ce secteur comme prioritaire et a investi d'importantes ressources dans l'édification de nouvelles associations dans le domaine de la santé. En érigeant des espaces communautaires en santé, il est normal qu'on ait mis l'accent sur les services, la sensibilisation, la formation et l'éducation. Malheureusement, peu d'énergie a été consacrée à l'articulation d'un modèle permettant de réconcilier d'une part les principes de l'autonomie et de la prise en charge par la communauté acadienne et francophone et, d'autre part, les principes de la collaboration et du partage de lieux communs à l'intérieur d'un système provincial qui dessert l'ensemble des citoyens. C'est à la convergence de ces deux axes que je me suis fréquemment trouvé lors de mes nombreuses discussions avec les intervenants que j'ai rencontrés. Le défi est de planifier et de protéger le développement d'espaces francophones dans le domaine de la santé tout en assurant des services de qualité centrés sur les gens du Nouveau-Brunswick. Ces services, ultimement, doivent être livrés par deux réseaux d'établissements à l'intérieur d'un système provincial aux moyens et ressources humaines limités, sans pour autant tomber dans le piège insoutenable d'une duplication de certains services. Enfin, l'articulation d'un nouveau modèle de gouvernance en santé a, en toile de fond, des décennies d'iniquités entre le nord et le sud, entre les milieux urbains et ruraux et entre les deux communautés linguistiques officielles de la province.

On peut alors apprécier qu'il y a beaucoup d'incertitude entourant la réforme en santé de 2008 et nous espérons que nos recommandations viendront préciser la place que doit occuper le français dans la prestation des services

de santé et, de façon toute aussi importante, le rôle de la nouvelle Régie A comme institution francophone et comme structure de gouverne à laquelle participe la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick.

Un projet de réforme de telle envergure peut créer d'énormes défis autant que de nouvelles opportunités. Notre mandat ne prétend pas s'attaquer aux nombreux enjeux faisant partie du défi global de développer et de gérer un système de santé viable, efficace et capable répondre à des besoins croissants. Notre mandat se limite aux enjeux qui ont une incidence sur la gouverne de la Régie A par la communauté acadienne et francophone, le fonctionnement en français de cette régie et, enfin, l'accès aux services en français à l'intérieur du système de santé. Comme elle l'a fait dans le domaine de l'éducation il y a 30 ans, la communauté doit se mettre à la tâche en innovant et en définissant les paramètres d'un nouveau réseau francophone dans le domaine de la santé.

Le dossier de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick nous a mené sur le terrain des droits linguistiques et du droit constitutionnel. Certains interlocuteurs se sont sentis intimidés par la teneur des propos juridiques et le vocabulaire parfois pointu de ce débat qui porte, en bout de ligne, sur le système de santé et son organisation au sein de l'administration publique provinciale. Il n'en reste pas moins que ces acquis juridiques sont des pièces maîtresses du développement de la communauté. Il n'est pas exagéré de dire que la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles au Nouveau-Brunswick* constitue un élément fondamental du pacte politique néo-brunswickois. Le présent rapport porte principalement sur ces dimensions d'ordre linguistique et de gouverne pour la communauté acadienne et francophone. Néanmoins, même si notre mandat n'était pas de réfléchir à la question de la santé de la population francophone en tant que telle, la réforme de 2008 doit aussi aspirer à

contribuer à l'amélioration de la santé et du mieux-être des francophones et de la prestation des services de qualité.

La santé est considérée partout au monde comme une dimension fondamentale du développement d'une société et un indicateur de la qualité de vie et du dynamisme de ses citoyens. Je remercie les intervenants clés du domaine de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick, tels la Société Santé et Mieux-être en français, le Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick et le Mouvement acadien des communautés en santé, qui m'ont rappelé à plus d'une reprise que même si mon mandat traitait de questions importantes à l'égard des structures et des services, il ne fallait jamais perdre de vue le patient ou la population qui doit demeurer au centre de la réflexion en tout temps. Le politicologue en moi reconnaît l'importance des structures et des mécanismes d'imputabilité et la nécessité pour une communauté minoritaire de gérer ses espaces communautaires afin d'orienter son destin. En tant que père et petit-fils, je reconnais qu'il faut aussi aborder la santé de la perspective du mieux-être de nos familles et de nos communautés en général.

D'ailleurs, en relisant mes notes des rencontres, j'ai été surpris de constater que malgré l'indication très claire donnée à mes interlocuteurs à l'effet que mon mandat portait principalement sur les éléments de nature linguistique et les structures de gouverne de la communauté acadienne et francophone, la majorité des intervenants ont voulu discuter aussi des défis de santé de notre population francophone. On a notamment voulu parler du déclin démographique et de notre population vieillissante, de la pénurie des professionnels francophones dans le domaine de la santé et du mieux-être ainsi que de l'approche trop curative et pas suffisamment préventive de notre système. D'autres ont voulu partager les enjeux entourant les foyers de soins, l'obésité chez les jeunes, les coûts croissants du système ou les temps

d'attente pour les traitements. Ces enjeux se situent bien sûr au-delà de mon mandat, mais je tenais à les souligner pour illustrer que quiconque veut prendre le temps de parler de santé au Nouveau-Brunswick pourra trouver une population attachée à son système qui cherche à contribuer à l'identification de solutions que nous devrons identifier dans un avenir rapproché.

Objectif de la démarche

J'ai accepté de préparer ce rapport en toute connaissance de cause. Quand le Premier ministre m'a approché en décembre 2009, le « dossier santé » au sein de la communauté acadienne et francophone était chaud, pour ne pas dire brûlant, et une dynamique de confrontation instituée par le recours aux tribunaux battait son plein. J'entrais de plain-pied dans une situation conflictuelle et j'étais conscient de prendre un risque au nom d'une résolution éventuelle de l'impasse. Mis à part quelques efforts d'un groupuscule de moucharder ceux qui cherchaient des solutions, le tout s'est déroulé assez sereinement. J'ai trouvé sur le terrain, dans toutes les régions du Nouveau-Brunswick, une volonté indéniable de proposer des solutions afin d'améliorer la structure actuelle de notre système de santé.

Voici l'objectif de la démarche tel que présenté par le ministère de la Santé :

> *« L'objectif de ce dialogue est d'identifier des éléments de solutions en concertation avec des intervenants clés dans le domaine de la santé en français au Nouveau-Brunswick et de présenter au gouvernement du Nouveau-Brunswick des solutions susceptibles de bonifier le système de la santé suivant la réforme de 2008. Cette démarche pourrait éventuellement servir de mesure alternative à la poursuite judiciaire intentée par Égalité Santé en Français Inc., mais ce n'est pas son premier but. Toute démarche expresse visant à régler ce litige n'est donc pas de notre ressort, mais plutôt de celui des avocats retenus par les parties opposées dans le litige. »*

Mandat

Le mandat est somme toute succinct et s'articule autour de deux types d'enjeux, les premiers étant liés à la gouvernance de la communauté acadienne et francophone et les seconds à l'accessibilité aux services en français. Au risque de se répéter, ce rapport n'est pas une réflexion sur la réforme de 2008 dans son ensemble. Le système de santé est d'une complexité grandissante et continue à accaparer une part de plus en plus importante du budget provincial. En acceptant le mandat de préparer des recommandations pour l'amélioration du système de santé pour la communauté acadienne et francophone, il était important de bien cerner les paramètres du mandat et de bien identifier les enjeux, car la période de temps limitée pour l'exécution du mandat (70 jours) exigeait une grande précision dans la définition de la problématique à l'étude. Je me suis entendu avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick que par le biais de rencontres ciblées, nous engagerions des leaders et intervenants de la communauté acadienne et francophone dans le but d'identifier des alternatives permettant de bonifier, ou d'améliorer, les nouvelles structures mises en place en 2008. Les thèmes à explorer incluaient la structure des régies régionales, leur fonctionnement et la gamme de services offerts à la population.

Cet exercice aurait été impossible sans la participation généreuse des membres du comité d'appui. Ces personnes ne sont en rien liées au contenu de ce rapport. Le titre qui désigne le comité exprime bien le rôle qu'il a joué : un appui. Les propos et les recommandations présentés dans ce rapport m'appartiennent et j'en assume l'entière responsabilité. Mais le comité d'appui a été essentiel pour l'échange d'idées et pour l'identification des personnes à rencontrer, de la documentation à consulter et des recherches afférentes à notre problématique.

Je tiens à remercier les personnes qui ont accepté l'invitation de siéger au comité d'appui pour partager leur expertise dans le domaine de la santé en français au Nouveau-Brunswick :

- Barbara Losier, Directrice générale du Mouvement acadien des communautés en santé
- Gilles Vienneau, Directeur général de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick
- Jean-Marie Nadeau, président de la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick
- Stéphane Leclair, Directeur général du Centre communautaire Sainte-Anne et membre du comité aviseur du Centre de santé Noreen-Richard (Fredericton)
- Dr. Jeannot Castonguay, médecin à la retraite et président du Conseil des gouverneurs de l'Université de Moncton
- Euclide Chiasson, ancien président de la Société nationale de l'Acadie
- Sylvain Vézina, professeur du Département d'administration publique et chercheur au Groupe de recherche et d'innovation sur l'organisation des services de santé (GRIOSS)

J'ai articulé le mandat sous la forme de quatre questions qui ont dirigé mes entretiens avec plus d'une centaine d'intervenants dans toutes les régions de la province. Pour obtenir des commentaires avec le plus grand niveau de candeur possible, compte tenu de la nature délicate du dossier, je me suis engagé de garder confidentielles les interventions des participants. À partir du pentagramme du partenariat proposé par la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick, nous avons rencontré des intervenants issus des cinq secteurs clés de la santé : les professionnels de la santé, les institutions de formation, la communauté, les gestionnaires d'établissements de santé et les décideurs politiques.

Les quatre thèmes, et questions correspondantes, qui ont animé les rencontres sont les suivantes. Notons que plusieurs sous-questions ont découlé de celles-ci.

1. La gouvernance (le conseil d'administration)

   • Quelles sont les caractéristiques essentielles permettant à la Régie A d'être une institution représentant la communauté acadienne et francophone ?

2. Le fonctionnement de la Régie A (son administration)

   • Quelles sont les caractéristiques essentielles permettant à la Régie A d'être une institution où l'administration fonctionne en français ?

3. L'amélioration des services en français (rétrécissement des écarts entre les régies et amélioration du service en français dans la Régie B)

   • Quelles sont les iniquités entre la Régie A et la Régie B et comment rétrécir les écarts ?

   • Comment assure-t-on une amélioration des services en français au sein de la Régie B ?

4. La formation des professionnels de la santé

   • Quel rôle peut jouer la formation des professionnels de la santé en français dans l'atteinte d'une plus grande égalité des soins de santé au Nouveau-Brunswick ?

Ce rapport est donc le fruit d'une réflexion qui fait suite à dix semaines de rencontres ciblées et de discussions avec des acteurs clés dans le domaine de la santé en français au Nouveau-Brunswick. À l'intérieur d'un laps de temps relativement court, nous sommes arrivés à des recommandations qui, selon nous, pourront permettre de bonifier la réforme importante du système de la santé mise en œuvre en 2008.

Défis des communautés linguistiques minoritaires

Lorsque vient le temps d'organiser leurs voix politiques et d'exprimer leurs priorités de développement dans l'arène politique, les minorités nationales[1] font face à des défis de taille. Les minorités linguistiques au Canada, y compris les Acadiens du Nouveau-Brunswick, bénéficient d'une reconnaissance juridique et d'une infrastructure communautaire permettant le déploiement d'une action sociale et la participation au façonnement de leur développement. La mise en œuvre de ces droits reste à définir et se traduit par un travail continuel de cogestion et de dialogue entre le législateur (l'État) et la communauté. L'actualisation de l'égalité réelle est un projet en constante évolution et requiert un lieu commun de partage et de planification. Aujourd'hui, tout projet de développement mis de l'avant par la communauté acadienne doit être soumis à des mesures d'imputabilité et à la bonne utilisation des fonds publics. Toute mise en œuvre d'un espace francophone et d'une entente d'autonomie doit se situer à l'intérieur des paramètres de l'imputabilité de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick ou du Parlement fédéral.

La reconnaissance des droits linguistiques des communautés minoritaires francophones a progressé sensiblement depuis l'adoption de la *Loi sur les langues officielles* en 1969. Avec la lecture de plus en plus généreuse par les tribunaux de l'étendue de ces droits, les communautés minoritaires francophones ont aussi eu à repenser le développement de leur communauté et à imaginer comment concrétiser ces nouvelles opportunités. À l'échelle canadienne, plusieurs comités conjoints composés de représentants du gouvernement fédéral et des communautés francophones se sont formés dans des secteurs aussi variés que l'immigration francophone, ou encore le

---

[1] Nous faisons référence ici au concept de minorités nationales tel qu'exprimé dans Will Kymlicka, *La citoyenneté multiculturelle : Une théorie libérale du droit des minorités*, Paris, La Découverte, 2001.

développement économique en français. On ne peut pas en dire autant pour le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la communauté acadienne et francophone. Les lieux communs de dialogue se font rares et existent plutôt sur une base ad hoc. Quelle triste ironie qu'au moment de son histoire où la communauté acadienne dispose d'une multiplicité de structures et a une pluralité de capacités d'action communautaire, que ni elle, ni le gouvernement du Nouveau-Brunswick n'ont su instituer un lieu commun de planification et de mise en œuvre du développement.

L'identification du porte-parole ou du représentant de l'État s'avère plus évident que l'identification du représentant légitime de la communauté minoritaire. Cependant, dans le cas des Acadiens, les gouvernements fédéral et provincial ont reconnu la voix communautaire établie depuis plusieurs décennies. Par l'entremise de son réseau associatif, depuis l'ancienne Société Nationale des Acadiens du début du siècle jusqu'à la Société des Acadiens du Nouveau-Brunswick des années 1970 et la Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick fondée tout récemment, la société civile acadienne a toujours cherché à se doter d'outils de représentation communautaire afin d'influencer et défendre ses intérêts collectifs dans les débats politiques et l'élaboration des politiques publiques. Mais les outils dont dispose une minorité linguistique n'ont ni l'ampleur ou la portée de ceux d'un État et les relations de cette communauté avec ses gouvernements et ses sociétés voisines doivent reposer sur des mécanismes d'accommodement et de gestion.

La récente réforme en santé met en jeu les défis les plus fondamentaux de l'aménagement et de la construction par le gouvernement de lieux permettant l'expression de la diversité linguistique et culturelle. Lorsque le gouvernement du Nouveau-Brunswick affirme qu'il aspire à l'égalité réelle entre les francophones et les anglophones, il postule de facto qu'il doit

prendre des mesures pour protéger et promouvoir la langue et les institutions de la minorité francophone. C'est la langue de la minorité francophone qui est menacée par les pressions linguistiques et culturelles environnantes et non celles de la majorité anglophone. Le gouvernement doit établir des mesures permettant le rayonnement de la minorité sans fonder l'ensemble de l'espace public sur des critères ethniques ou linguistiques. Il se doit d'aménager, d'inventer et de trouver des compromis par le dialogue et la discussion entre les groupes de la société.

L'espace politique et les institutions publiques du Nouveau-Brunswick doivent chercher à établir un équilibre entre la reconnaissance des lieux névralgiques et essentiels à la protection de la langue et de la culture de la minorité et l'exigence de constituer un lieu commun pour les anglophones et les francophones qui transcende les différences ethniques et linguistiques. Le génie néo-brunswickois réside dans les nombreuses formules d'accommodement inventées ici même et exportées partout dans la francophonie canadienne. Le modèle du centre scolaire et communautaire pour les milieux fortement minoritaires est une idée conçue ici qui marie le lieu éducatif (école) et la nécessité de l'étendre à un lieu de socialisation, de développement communautaire et de prise en charge pour toute la communauté (centre communautaire). La dualité au sein du ministère de l'Éducation est un modèle de gestion unique au Nouveau-Brunswick qui sert bien ce ministère et qui est, de toute évidence, essentiel au maintien de la langue et de la culture au Nouveau-Brunswick. La constitution de l'Association des enseignants francophones du Nouveau-Brunswick (AEFNB) et de la New Brunswick Teachers' Association (NBTA) comme lieux de développement professionnel distincts, mais qui forment une entité, la Fédération des enseignants du Nouveau-Brunswick (FENB), au moment de défendre les intérêts de nature syndicale, est une autre formule d'accommodement de la diversité linguistique et culturelle.

Face à la problématique en santé devant nous, les mêmes questions d'aménagement émergent :

- Comment concilier la nécessité de créer des institutions gérées par la minorité francophone, mais qui fonctionnent à l'intérieur d'un système provincial commun ?
- Comment créer des espaces où le français est la langue de fonctionnement tout en ayant une obligation de desservir les deux communautés linguistiques ?

Le « vivre ensemble » sous-entend que dans les sociétés qui reconnaissent des droits spécifiques aux minorités, les membres de celles-ci participent à la communauté politique non seulement en tant qu'individus, mais également par l'entremise de leur groupe. Leurs droits dépendent donc en partie de leur appartenance à un groupe et les gouvernements doivent comprendre qu'il s'agit d'une reconnaissance collective et que le développement qui s'ensuit doit être pensé globalement. C'est ainsi que se résume l'importance de ce « vivre ensemble » qui devrait régir toutes les sociétés occidentales. Le Nouveau-Brunswick est, à plusieurs égards, un modèle d'accommodement entre les groupes linguistiques et culturels et il reste à transposer ces concepts au secteur de la santé.

Vers une vision de la prise en charge

J'ai accepté de contribuer à la discussion sur l'organisation des services de santé en français au Nouveau-Brunswick parce que je considère que cette discussion est toute aussi importante que celle tenue il y a 30 ans sur l'organisation du système éducatif en français, où le modèle adopté fut celui de la dualité et des conseils scolaires homogènes. Mais ce modèle dualiste où chaque communauté linguistique a son réseau d'écoles ne peut s'appliquer au système hospitalier, la principale raison étant les coûts exorbitants d'une duplication des établissements. La quasi-unanimité de la communauté acadienne et francophone a affirmé que la duplication des établissements sur

tout le territoire de la province n'est pas la solution à l'importante discussion en cours sur la gestion d'un espace francophone en santé. Dans le cas du système de santé, il faut que la communauté acadienne et francophone, à nouveau, innove et réfléchisse à ce que pourrait ressembler la gouvernance de l'espace francophone en santé.

Même si certaines régions du Nouveau-Brunswick bénéficient de services de santé en français au Nouveau-Brunswick depuis la fin du 19e siècle, il y a seulement quelques décennies depuis que la communauté acadienne s'est véritablement investie dans le dossier. Bien des progrès ont été accomplis à ce jour grâce à la mobilisation des acteurs communautaires. La mise en contexte historique qui suit tente de mettre en relief le développement des services de santé en français au Nouveau-Brunswick et certaines iniquités qui perdurent.

Genèse des services de santé en français au Nouveau-Brunswick

Si la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick se sent menacée par la réforme de la santé initiée par le gouvernement provincial en 2008, c'est d'abord parce qu'elle craint pour le maintien de ses acquis en matière d'accessibilité aux services de santé en français. Par ailleurs, elle appréhende aussi l'inertie du gouvernement dans la réduction des écarts dans les services de santé entre régions francophones et anglophones de la province. L'organisation des services de santé en français au Nouveau-Brunswick remonte à la seconde moitié du 19e siècle, grâce notamment aux efforts soutenus des congrégations religieuses. Entre 1868 et 1888, ces pionnières ont jeté les bases du premier réseau hospitalier francophone de la province en fondant les Hôtel-Dieu de Tracadie, de Saint-Basile et de Campbellton. Pendant ce temps, le sud de la province comptait également des hôpitaux dont la langue de fonctionnement était principalement l'anglais. Les fonctions sociales de ces premiers hôpitaux du 19e siècle étaient bien

différentes de celles du milieu hospitalier contemporain. Avant le début du 20e siècle, les hôpitaux consistaient plus en des centres d'hébergement pour les malades indigents que des centres de traitement pour l'ensemble de la population. Les progrès scientifiques et médicaux, de même que les exigences de la société, ont contribué à transformer le rôle et le fonctionnement de l'hôpital moderne et à accroître la fréquentation des hôpitaux par toutes les classes de la société.

L'essor du réseau hospitalier francophone au Nouveau-Brunswick s'est poursuivi jusqu'au milieu des années 1960, les congrégations religieuses ayant fondé de nouveaux hôpitaux à Moncton, Bathurst, Edmundston, Dalhousie, Saint-Quentin, Lamèque, Caraquet, Grand-Sault et Sainte-Anne-de-Kent. Ces établissements avaient non seulement été mis sur pied par les congrégations religieuses, mais ces dernières en assurait également la gestion. Au milieu du 20e siècle, le système des services de santé du Nouveau-Brunswick pouvait encore être qualifié de peu efficace : « il n'y avait ni coopération, ni coordination entre les établissements.[2] » Les hôpitaux locaux fonctionnaient de façon isolée, sans faire partie d'un réseau provincial intégré.

Les interventions gouvernementales en matière de santé se sont intensifiées durant la période d'après-guerre, en parallèle avec la montée de l'État-providence, pour assurer un certain niveau de bien-être à l'ensemble de la population. Les services de santé au Nouveau-Brunswick ont connu des progrès importants grâce à la mise en place d'ententes fédérales-provinciales dans le domaine de la santé, dont le programme de partage des coûts de l'assurance-hospitalisation et le régime universel d'assurance-maladie. Or, il y avait quand même des disparités régionales importantes au sein de la province en ce qui avait trait aux soins de santé et des services hospitaliers.

---

[2] *Les soins des santé au Nouveau-Brunswick 1784-1984*, Fredericton, Ministère de la Santé, 1984, p. 12.

Les régions rurales, en l'occurrence la plupart des communautés acadiennes et francophones de la province, étaient nettement défavorisées. Le programme Chances égales pour tous, lancé par l'administration de Louis J. Robichaud en 1967, a entraîné la centralisation de plusieurs services publics, dont les services de santé, et la standardisation des normes en matière de soins de santé. Les conseils de santé de chaque comté ont subséquemment été abolis et regroupés en cinq régions administratives dans le but « d'offrir un système coordonné de soins plus efficaces, qui permettait l'égalité d'accès aux services à tous les citoyens.[3] » À partir des années 1970, le gouvernement du Nouveau-Brunswick prendra en charge la gestion des hôpitaux privés.

La prochaine réforme majeure des services de santé sera menée par le gouvernement McKenna au début des années 1990. Cette réorganisation s'inscrivait dans un courant d'assainissement des finances publiques et d'amélioration de l'efficacité du réseau hospitalier. Elle a résulté en la diminution du nombre de corporations hospitalières d'une cinquantaine à huit. La réforme de 1992 n'a pas directement répondu aux inégalités nord-sud. Des huit corporations hospitalières, trois desservaient un territoire où la population francophone était majoritaire, soit celles du Nord-ouest, de Restigouche et de Chaleur-Péninsule acadienne, et cinq un territoire où les francophones étaient minoritaires. La régie Beauséjour, qui desservait le sud-est de la province, était en milieu minoritaire, mais fonctionnait en français. En 2002, l'administration Lord remplaçait les corporations hospitalières par des régies régionales de la santé. Le nombre de régies est demeuré à huit jusqu'à la réforme du gouvernement Graham en 2008.

---

[3] Ibid., p. 15.

Santé et mieux-être en français au Nouveau-Brunswick : évolution des connaissances et mobilisation communautaire

Depuis les années 1980, la communauté acadienne du Nouveau-Brunswick, par le truchement de ses organismes porte-parole, a certainement contribué à l'avancement des connaissances sur la santé en français dans la province. La Société de l'Acadie du Nouveau-Brunswick (SANB)[4] a commandé une recherche majeure sur la santé des francophones. La publication de *Objectif 2000 : vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, un ouvrage en trois tomes réalisé par Jean-Bernard Robichaud, paraissait au milieu des années 1980[5]. Cette recherche met notamment en relief les écarts existant entre les régions francophones et anglophones de la province en matière de soins de santé. L'étude montre que les hôpitaux à caractère anglophone du sud de la province étaient, compte tenu du bassin de population à desservir, mieux nantis en termes de ressources humaines et financières. Par ailleurs, l'étude souligne aussi des écarts défavorables au réseau hospitalier francophone en ce qui concerne la disponibilité des services, surtout les services secondaires spécialisés et tertiaires, et l'accessibilité à ceux-ci. De cet ouvrage se dégage le constat que la région du nord, majoritairement francophone, accusait un sérieux retard sur la région du sud dans l'accessibilité et la disponibilité des services médico-hospitaliers.

À compter des années 1990, l'accès aux services de santé en français est devenu un dossier de revendication pour les communautés francophones en situation minoritaire à l'échelle du pays. La Fédération des communautés francophones et acadienne du Canada (FCFA) a d'ailleurs coordonné la réalisation d'une toute première étude nationale sur la situation des soins de

---

[4] Nous reconnaissons que l'organisme a porté différents noms au cours des dernières décennies, mais nous retenons son appellation actuelle.

[5] Jean-Bernard Robichaud, *Objectif 2000 : Vivre en santé en français au Nouveau-Brunswick*, 3 volumes, Moncton, Éditions d'Acadie, 1985-1987 (v. 1 La santé des francophones; v. 2 Le système de services de santé; v. 3 Le point de vue de la population).

français pour les minorités francophones à laquelle participait la SANB[6]. Rendu public en 2001, ce rapport dégageait d'importantes disparités en matière d'accès aux soins de santé en français à l'échelle du pays et affirmait le rôle crucial de la langue dans la prestation efficace des soins de santé. Au Nouveau-Brunswick, pendant ce temps, la SANB avait fait de la santé en français un dossier prioritaire, organisant une série de forums de consultation et de concertation sur le sujet. En 2003 paraissait une nouvelle recherche d'envergure sur la santé des francophones du Nouveau-Brunswick, réalisée sous la direction de Léandre Desjardins et parrainée par la SANB[7]. Cette étude révèle, entre autres, que les hôpitaux à caractère francophone de la province, y compris l'Hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont, sont toujours en déficit par rapport à leurs homologues anglophones en ce qui a trait à l'accès aux programmes spécialisés et aux médecins, en particuliers les spécialistes. On recommande des mesures de rattrapage pour corriger les inégalités persistantes entre francophones et anglophones.

Pendant ce temps, la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick s'est dotée d'outils et de moyens pour faire avancer les services de santé et de mieux-être en français. On assistait à l'émergence d'une vision élargie de la santé qui intégrait la prévention et le mieux-être. En 1996, les efforts d'organismes communautaires, dont la SANB et l'Association francophone des municipalités du Nouveau-Brunswick (AFMNB), ont contribué à l'arrivée du concept de « Communautés en santé » en Acadie du Nouveau-Brunswick. Ce concept encourage la prise en charge de la santé par les communautés et populations locales par le biais d'une démarche collective vers le mieux-être. La démarche a mené à la fondation du

---

[6] FCFA du Canada, *Santé en français – pour un meilleur accès à des services de santé en français, Étude coordonnée pour le Comité consultatif des communautés francophones en situation minoritaire*, Ottawa, juin 2001.

[7] Léandre Desjardins (sous la dir. de), *La santé des francophones du Nouveau-Brunswick: étude enterprise par la Société des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick*, Moncton, Éditions de la Francophonie, 2003.

Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick (MACS-NB) en 1999, un réseau dynamique de mobilisation et d'accompagnement des communautés et populations locales acadiennes et francophones dans la prise en charge de leur mieux-être.

L'établissement en 2002 de la Société Santé en français a grandement contribué à l'organisation et de la mobilisation des communautés francophones vivant en situation minoritaire. Réseau national qui a pour objectif de promouvoir le développement de la santé en français pour les communautés acadiennes et francophones en situation minoritaire, la Société regroupe actuellement 17 réseaux régionaux, provinciaux et territoriaux, dont trois réseaux membres de la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (Réseau-action Communautaire, Réseau-action Organisation des services et Réseau-action Formation et recherche). Le réseau du Nouveau-Brunswick est le seul au pays à intégrer une vision commune du mieux-être et de la santé comme piliers de sa structure. Inspiré de l'Organisation mondiale de la santé, le modèle de gouvernance du réseau Société Santé en français repose sur l'engagement de cinq partenaires : les décideurs politiques, les professionnels de la santé, les gestionnaires des établissements de soins, les institutions de formation et les communautés.

En 2004, la Société Santé et Mieux-être en français du Nouveau-Brunswick (SSMEFNB) amorçait un vaste projet pour préciser les besoins de la communauté acadienne et francophones et pour effectuer la planification des services de santé primaires. Appelée Préparer le terrain, cette initiative cible deux voies d'interventions : accroître l'accès aux services de santé en français (ce qui inclut entre autres le développement de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies qui visent à améliorer l'état de santé et la prise en charge de la santé chez les individus et dans les communautés) et accroître la disponibilité des professionnels de la santé

capables de s'exprimer en français. La mobilisation des acteurs communautaire a contribué à d'importantes réalisations au cours des dernières années, notamment l'ouverture de centres de santé communautaire en français à Fredericton et Saint-Jean.

L'augmentation du nombre d'établissements de soins francophones au cours du 20e siècle avait eu pour effet d'accroître la demande pour des professionnels acadiens et francophones dans le domaine de la santé. Le Nouveau-Brunswick est effectivement aux prises avec une pénurie de professionnels de la santé francophones depuis plusieurs décennies. La communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick a franchi un autre pas important en septembre 2006 avec l'ouverture officielle du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick (CFMNB) sur le campus de Moncton de l'Université de Moncton. Ce site délocalisé de formation médicale de l'Université de Sherbrooke permet désormais aux étudiants acadiens et francophones de recevoir une formation médicale en français basée dans les communautés de la province et tournée vers les besoins de celles-ci.

L'ouverture du CFMNB est le résultat de plusieurs années de collaborations entre les gouvernements du Nouveau-Brunswick et du Québec. En 1981, les deux provinces avaient conclu le Programme de formation médicale francophone du Nouveau-Brunswick (PFMFNB), qui visait la formation en français d'étudiants de la province dans les facultés de médecine de trois universités québécoises (Sherbrooke, Montréal et Laval). L'objectif que poursuivait le PFMFNB était l'augmentation du nombre de médecins francophones dans les régions à majorité francophone de la province afin de palier à la pénurie de médecins dans ces régions plutôt rurales. Le PFMFNB exposait les étudiants très tôt dans le curriculum à la possibilité de faire leurs stages cliniques en région et d'y retourner pratiquer une fois leurs études complétées. Le gouvernement provincial a commencé à resserrer ses liens

avec l'Université de Sherbrooke à compter de 1992 avec la désignation de l'Hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont comme hôpital d'enseignement affilié à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Quelques années plus tard, en 1996, à la suite d'une concertation avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick, les régies régionales à prédominance francophone et la direction de la PFMFNB, la décision fut prise que l'Université de Sherbrooke rapatrierait trois quarts des 24 étudiants francophones du Nouveau-Brunswick inscrits en médecine au Québec. Depuis 2003, l'Université de Sherbrooke accepte annuellement 24 étudiants francophones du Nouveau-Brunswick sur un total de 30 inscriptions possibles. Aujourd'hui, ces 24 étudiants reçoivent leur formation au Nouveau-Brunswick, y compris des stages dans plusieurs communautés francophones de la province. La délocalisation de la formation médicale constitue une première au sein de la Francophonie minoritaire canadienne.

Le Consortium national de formation en santé (CNFS) a été un partenaire essentiel à la mise sur pied du CFMNB. Le CNFS est un organisme national qui regroupe onze institutions d'enseignement universitaire et collégial à l'échelle du pays, dont l'Université de Moncton, qui offrent des programmes d'études en français dans diverses disciplines de la santé. Il vise à accroître la présence et l'apport de professionnels de la santé et de chercheurs francophones pour répondre, en français, aux besoins des communautés francophones en situation minoritaire de sorte à contribuer de manière significative au mieux-être et au plein épanouissement de celles-ci. Le CNFS – Volet Université de Moncton appuie à la fois la formation et la recherche en français. L'Université de Moncton offre environ une vingtaine de programmes d'études du domaine de la santé et du mieux-être, dont certains en partenariat avec le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. L'ensemble de ces formations répondent à d'importants besoins au sein des communautés acadiennes et francophones. Bref, c'est grâce à la mobilisation

de nombreux acteurs qu'une infrastructure de la santé et du mieux-être en français a pu se développer au Nouveau-Brunswick depuis les années 1990.

Malgré certains progrès au chapitre des services de santé en français depuis les années 1960, la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick doit continuer d'exhorter le gouvernement provincial à rencontrer ses obligations linguistiques et culturelles vis-à-vis la minorité de langue française et à combler les écarts dans les services de santé entre les régions francophones et anglophones. En 2006, la SANB présentait un plan de réorganisation des services de santé en français qui reposait sur une réelle emprise des francophones sur leurs services de santé et de mieux-être et une structure francophone au sein du ministère la Santé[8]. La structure proposée était composée de représentants des régies francophones, des centres de santé communautaire francophones situés sur un territoire desservi par les régies anglophones ainsi que de la collectivité francophone. Ce Conseil francophone de la santé répondrait à un sous-ministre associé francophone. La réforme de 2008 tiendra compte de certains éléments proposés dans ce projet de la SANB, mais pas tous. Nous osons espérer que les recommandations qui suivent aideront au gouvernement à répondre aux préoccupations exprimées par la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick.

Constats et recommandations

À la lumière des propos que nous avons recueillis lors de nos rencontres, et suite à une recension des écrits et une analyse des modèles potentiels susceptibles d'améliorer et de bonifier la réforme de 2008, voici les constats

[8] Le plan de la SANB a été présenté dans le cadre d'un colloque national et publié dans un ouvrage collectif. Voir Marie-Pierre Simard, « La santé en français au Nouveau-Brunswick : vivre en santé en français », dans Sylvain Vézina (sous la dir. de), *Gouvernance, santé et minorités francophones: stratégies et nouvelles pratiques de gestion au Canada*, Moncton, Éditions de la Francophonie, 2007, p. 165-186.

et les recommandations que nous faisons au gouvernement du Nouveau-Brunswick. Nous avons tenté d'articuler les recommandations sous forme de mesures concrètes qui puissent être adoptées et mises en œuvre par le biais de nouvelles politiques publiques, ou par des modifications de la Loi par l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick.

I. La nouvelle Régie A est-elle francophone ?

Le statut linguistique de la nouvelle Régie A a fait couler beaucoup d'encre au cours des derniers mois. Dans le cadre de chacune de mes rencontres, les intervenants ont soulevé des questions pertinentes et ont cherché des précisions quant au régime linguistique encadrant la nouvelle Régie A. L'assertion selon laquelle les Acadiens et les francophones ont subi un recul à l'égard de leurs droits linguistiques avec la création de la Régie A a été largement diffusée. Plusieurs ont exprimé des inquiétudes, appréhendant un pas en arrière plutôt qu'une réelle progression. Or, une ambiguïté continue de régner au sein de la population et peu d'intervenants ont jusqu'ici osé corriger les affirmations erronées transmises dans l'arène publique. Certains avancent que la nouvelle Régie A est bilingue sans trop préciser la nature de ce bilinguisme. Il est trompeur de ne pas nuancer les obligations qu'ont les deux régies de la santé de desservir les citoyens dans la langue officielle de leur choix et de ne pas préciser que le français est la langue de fonctionnement et d'administration de la nouvelle Régie A. Est-il important de clarifier certaines dispositions, rédigées de façon plutôt malhabile, dans le texte de loi de la réforme ? Oui, il ne fait aucun doute. Avant de proposer nos recommandations en vue de bonifier la situation actuelle, il faut faire une distinction cruciale par rapport à la situation linguistique au sein de la nouvelle Régie A. Pour déterminer si la Régie A est une institution

francophone qui reflète les priorités de la communauté acadienne et francophone, deux questions distinctes se posent :

a) Quelle est la langue de fonctionnement de la nouvelle Régie A, en l'occurrence la langue de travail et des opérations du siège social ?

b) Les mécanismes de gouverne de la nouvelle Régie A (le conseil d'administration) représentent-il effectivement la communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick ?

Pour être très clair, la loi créant les deux nouvelles régies de la santé et les règlements administratifs adoptés par la Régie A sont assez explicites : la langue de fonctionnement de la nouvelle Régie A est le français. Sans prétendre avoir toute l'expertise d'un juriste, il a été porté à notre attention que le choix du vocabulaire utilisé dans le projet de loi est malhabile et pourrait être bien plus explicite. Cette remarque est, à notre sens, très valable et nous formulons ci-dessous une recommandation à cet effet. Cependant, à la deuxième question susmentionnée qui porte sur la gouvernance, nous sommes d'avis, de concert avec la quasi-totalité des gens que nous avons rencontrés, qu'il faut apporter des modifications significatives aux mécanismes de gouvernance avant de pouvoir affirmer que le conseil d'administration de la Régie A représente légitimement et démocratiquement les intérêts collectifs de la communauté acadienne et francophone de la province. Des recommandations s'imposent.

a) Le fonctionnement en français de la Régie A

Il est impératif que la langue de fonctionnement de la Régie A soit le français. D'ailleurs, plusieurs cadres et gestionnaires qui travaillent actuellement à la Régie A ont confirmé que dans les faits, les activités quotidiennes de la régie se déroulent en français. Plusieurs ont même renchéri que ce nouvel espace

de santé en français qu'est la Régie A offre une opportunité unique de poursuivre sa carrière de cadre supérieur en gestion des services de santé en français, ce qui est plutôt exceptionnel, y compris au sein du ministère de la Santé à Fredericton. De plus, les dirigeants ont exprimé de manière très claire que leur vision était de faire de la Régie A un espace francophone de la santé et de devenir le chef de file dans le domaine de la santé en français à l'échelle du Canada atlantique.

Certes, la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick* (et non la réforme en santé de 2008 proprement dite) oblige la nouvelle Régie A de transiger avec le public dans la langue officielle de son choix, mais la langue de fonctionnement de son conseil d'administration et la langue de travail de ses employés au siège social sont le français. La nouvelle Régie A doit-elle offrir des services au public à la fois en anglais et en français ? Oui, quoique même les régies qui existaient avant la réforme, incluant la Régie régionale de la santé Beauséjour et celle d'Acadie-Bathurst, avaient l'obligation de fournir des services dans les deux langues officielles, conformément aux exigences de la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick.*

Les règlements administratifs adoptés par la Régie A sont un peu plus explicites et affirment sans équivoque que :

- La langue de travail du conseil d'administration sera le français
- La langue de travail au siège social sera le français
- Les établissements continueront de fonctionner dans leur langue habituelle

Ceci veut dire que pour la majorité des établissements, incluant l'Hôpital régional Dr. Georges-L. Dumont, l'Hôpital régional d'Edmundston, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Caraquet, le français demeurera la langue de fonctionnement et la réforme de 2008 ne change rien à la situation.

Dans les faits, le français est la langue de fonctionnement (la langue de travail et des opérations) au sein de l'administration de la Régie A. Cependant, la *Loi sur les régies régionales de la santé*, telle que rédigée à l'heure actuelle, affirme le fonctionnement en français de la Régie A en se référant à une donnée démolinguistique plutôt que de l'affirmer explicitement. On peut lire, par exemple, aux articles 19 (1) a) et 19 (9) :

> *19(1) Les activités et les affaires internes d'une régie régionale de la santé sont menées et gérées par un conseil d'administration formé des personnes suivantes:*
>
> *a) dix-sept membres ayant droit de vote nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil, ces nominations devant être le reflet de la communauté linguistique qu'elle dessert et faire une place et aux hommes et aux femmes, tenir compte des secteurs urbains et ruraux ainsi que du fait que les personnes appelées à occuper ces postes doivent posséder les compétences que le ministre a préalablement jugé impératives pour mener à bien la mission qui leur est confiée;*
>
> *19(9) Sous réserve du paragraphe (8), le conseil d'administration fonctionne dans la langue de la majorité de la communauté linguistique qu'il dessert; soit en français en ce qui a trait au conseil d'administration de la Régie régionale de la santé A/Regional Health Authority A soit en anglais pour ce qui est du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé B/Regional Health Authority B.*

La désignation linguistique des régies découle donc de la composition linguistique des citoyens qui occupent le territoire qu'elles desservent. Les choses se compliquent rapidement lorsque l'on constate que les territoires de la Régie A et de la Régie B se superposent dans la région du sud-est, ce qui pourrait laisser croire que la Régie A est seulement 55 % francophone (plutôt que de 85 %) si on ne soustrait pas la population anglophone qui serait, normalement, sous la gouverne de la Régie B. Toutes ces ambiguïtés seraient évitées si on affirmait tout simplement que la Régie A, autant au niveau de son administration que de la langue de fonctionnement de son conseil d'administration, est une régie qui fonctionne en français, sans faire

référence à la majorité linguistique qui occupe le territoire qu'elle dessert. D'ailleurs, précisons brièvement que le choix d'attribuer un territoire aux régies plutôt qu'affirmer l'existence d'un système de santé avec deux réseaux appartenant à chacune des deux communautés linguistiques est discutable. Peu de gens y ont fait référence lors de nos discussions, mais il nous apparaît clair que la construction actuelle de système provincial est plutôt une extension historique issue de la fusion des anciennes régies. Certains intervenants des centres de santé communautaire francophone de Fredericton et de Saint-Jean pensent que ces centres pourraient relever de la Régie A, à tout le moins, pour les services de santé de première ligne. La réflexion doit se poursuivre au sein de ces communautés à cet égard.

Recommandation 1

Afin de clarifier l'intention du gouvernement du Nouveau-Brunswick, nous recommandons qu'une déclaration du Premier ministre affirme que la Régie A constitue une institution francophone. Il importe de préciser l'intention du législateur à l'effet que la Régie A fonctionne en français, respecte la langue de fonctionnement des établissements qui relèvent d'elle et communique avec le public dans la langue officielle de leur choix.

Recommandation 2

Que l'on révise la *Loi sur les régies régionales de la santé*, L.N.-B. 2002, chap. R-5.05 afin d'expliciter le langage juridique permettant d'affirmer que la langue de fonctionnement de l'administration de la Régie A ainsi du Conseil d'administration est le français. Il est souhaitable que toute référence à la langue de la majorité des locuteurs habitant les territoires attribués aux régies soit enlevée et remplacée tout simplement par une affirmation que la Régie A est francophone et que la Régie B est anglophone.

b) La représentativité de la communauté acadienne et francophone au Conseil d'administration de la Régie A

Les gens que nous avons rencontrés ont exprimé à l'unanimité qu'il fallait absolument améliorer la représentativité effective de la communauté acadienne et francophone au sein de l'organe de gestion de la Régie A. La formule actuelle, voulant que le ministre nomme les 17 membres, comporte des problèmes fondamentaux sur le plan de la représentativité et sur le plan de la gestion par et pour la communauté. Tous s'entendent sur l'introduction d'une dimension élective et sur la participation, d'une façon quelconque, de la communauté acadienne et francophone, en particulier ses organismes du domaine de la santé, à la composition de l'organe de gestion de la nouvelle Régie A. Cela dit, plusieurs accueillent favorablement l'élaboration d'un profil des compétences qui a imposé un seuil minimum de connaissances et d'expériences aux membres du conseil d'administration qui sont appelés à gérer la plus grande enveloppe du budget provincial. Il importe, néanmoins, de trouver un équilibre entre un conseil d'administration qui, d'une part, soit imputable devant les électeurs de la communauté acadienne et francophone pour ainsi assurer une représentation légitime de la communauté et qui, d'autre part, possède les compétences et expertises jugées nécessaires à la bonne et saine gestion de la Régie A. De toute évidence, il faut apporter des modifications significatives aux mécanismes de gouvernance actuels afin de pouvoir affirmer que le conseil d'administration de la Régie A représente légitimement et démocratiquement les intérêts collectifs de la communauté acadienne et francophone. Il faut faire en sorte qu'une partie des membres du conseil d'administration de la Régie A soit élue au suffrage universel et qu'une autre partie soit nommée sur la base des compétences des individus. Les compétences visées pour de telles nominations, à tout le moins certaines d'entre elles, devraient inclure la participation active au sein d'organisations francophones dans les domaines de la santé et du mieux-être, du

développement économique et communautaire, de la vie culturelle française, entre autres.

Nous comprenons mal ceux qui ont exprimé que la présence de membres de langue maternelle anglaise (ou d'origine ethnique autre qu'acadienne ou francophone) disqualifie le conseil d'administration comme organe représentatif de la communauté acadienne et francophone. Ces propos nous amènent vers une pente glissante et il est évidemment inadmissible et irrecevable de dresser un profil d'origine ethnique ou d'exclure des individus de langue maternelle autre que le français. Évidemment, la capacité de parler en français et de fonctionner dans un organe qui a le français comme langue de fonctionnement est essentielle et obligatoire. D'ailleurs, il serait à souhaiter que la compétence linguistique fasse justement partie de la grille de compétences élaborée par la Ministre, conformément au paragraphe 19(1) précité. En d'autres termes, la capacité de tous les membres du conseil d'administration d'opérer dans la langue officielle de chaque régie doit constituer un critère essentiel, ce qui aurait pour effet de miser les critères de compétences « linguistiques » seulement et non ethniques ou nationales.

L'Acadie du Nouveau-Brunswick cherche de plus en plus à s'ouvrir au monde et à célébrer la diversité culturelle qui la compose. Nous pensons qu'il est évident qu'un critère de compétence langagière en français s'impose pour les membres du Conseil d'administration de la Régie A. Tout autre critère à l'égard de la langue maternelle ou de l'origine ethnique est complètement inacceptable dans une société pluraliste, démocratique et égalitaire. Ceci étant dit, à la lecture des modalités présentement inscrites à l'égard de la composition du conseil d'administration, on précise l'importance de certaines caractéristiques (par ex. équilibre hommes/femmes, rural/urbain),

mais les compétences linguistiques en français gagneraient à être mentionnées aussi.[9]

Recommandation 3

Que la majorité du conseil d'administration de la Régie A soit formée de représentants de la communauté acadienne et francophone élus au suffrage universel à tous les quatre ans.

Recommandation 4

Afin de bien représenter toutes les régions desservies par le territoire de la Régie A, que les postes élus au sein du conseil d'administration de la Régie A soient représentatifs des zones de santé qui correspondent aux anciennes régies.

Recommandation 5

Que la minorité des représentants au sein du conseil d'administration de la Régie A soit nommée par le ministre de la Santé en consultation avec la communauté acadienne et francophone, en particulier les organismes qui interviennent dans le domaine de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick. Ces nominations se feront en fonction d'un profil des compétences souhaitées par la direction de la Régie A.

Recommandation 6

Dans l'établissement des critères de représentation et d'un profil des compétences pour les individus qui siègeront au conseil d'administration, il importe d'affirmer explicitement que ces individus doivent posséder les compétences linguistiques nécessaires leur permettant de fonctionner en français dans la gestion des affaires de la Régie A.

[9] Voir l'article 19 (1) cité précédemment dans le texte.

Recommandation 7

Les noms et les symboles ont un rôle à jouer dans l'édification du tissu social et culturel d'une société. Nous avons constaté que la Régie A a lancé un concours pour se donner une nouvelle appellation et nous félicitons cette initiative. De toute évidence, la Régie A a besoin d'un nom ayant une valeur symbolique importante qui évoque son caractère francophone et nous recommandons qu'elle choisisse un nom qui évoque ce statut linguistique et culturel.

II. Une plus grande équité entre les régies de la santé afin de rétrécir les écarts et améliorer le service en français dans la Régie B

Dans la très grande majorité des rencontres, les participants ont souligné les iniquités historiques dans l'allocation de certains services de santé (niveaux secondaire et tertiaire) et l'attribution des ressources entre les régions anglophones et francophones de la province, entre le nord et le sud et, par conséquent, entre les nouvelles Régie A et B. Nous notons d'ailleurs les écarts historiques constatés dans les excellents travaux de Jean-Bernard Robichaud (1985-1987) et, plus récemment, de Léandre Desjardins (2003). Plusieurs personnes rencontrées ont témoigné que le regroupement des huit anciennes régies sous le nouveau modèle à deux régies permet de visualiser encore mieux les inégalités entre le nord et le sud. Il faudrait cependant faire attention de ne pas créer l'impression que la Régie A doit absolument avoir une duplication de ce qui existe dans la Régie B, ou vice-versa. Tous et chacun sont d'accord pour dire que notre province ne peut se permettre d'avoir deux systèmes de santé. Les intervenants que j'ai rencontrés acceptent tous l'existence d'un seul système de santé comportant deux organes de gestion (les Régies A et B) sous réserve que ce système desserve chaque personne dans sa langue officielle de choix, peu importe l'organe auquel est assujetti l'établissement de santé.

Plusieurs personnes se sont exprimées au sujet des barrières linguistiques toujours présentes au sein de la Régie B. Certes, la Régie B a manifesté sa

volonté d'améliorer l'accès aux services en français et en a fait l'un de ses objectifs stratégiques. Elle s'est engagée à établir un comité de liaison francophone et prévoit élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique en matière de langues officielles. Ces initiatives sont louables, mais il faut un engagement encore plus ferme du système de santé en général, et du ministère provincial de la Santé en particulier.

Nous avons rencontré des responsables des langues officielles au sein de la Régie B. Leur rôle est important, nonobstant les ressources limitées auxquelles ils ont accès. La Régie B doit relever d'importants défis en ce qui touche la capacité de ses établissements de soins de santé à offrir des services en français à la communauté francophone habitant son territoire et des services tertiaires à tous les francophones de la province lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles dans la Régie A. Ceci illustre l'importance d'avoir un plan qui établit des protocoles pour assurer que la communauté francophone soit servie dans sa langue lorsque les services sont dispensés par la Régie B. L'offre active en français n'est pas un souhait de la communauté acadienne et francophone, mais plutôt un droit que lui confère la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick.* Des progrès significatifs se font attendre dans le dossier. Le ministère de la Santé, conjointement avec les deux régies de la santé, doit développer un plan d'action qui veille à ce que l'ensemble du système de santé de la province se conforme à *la Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick.*

Recommandation 8

Que le plan provincial de la santé soit assorti d'objectifs spécifiques et mesurables en matière de langues officielles.

Recommandation 9

Qu'un plan d'action provincial conjoint entre la Régie A et la Régie B en matière de services dans les deux langues officielles dans le domaine de la santé soit élaboré d'ici 12 mois. Une instance paritaire présidée par le sous-ministre de la Santé sera responsable de la mise en œuvre du plan d'action provincial en matière de langues officielles. Le plan contiendra notamment des mécanismes d'évaluation du rendement et d'imputabilité afin de mesurer les progrès. Les Régies A et B doivent inclure la dimension linguistique dans leur plan régional respectif. Un rapport annuel faisant état des avancements en matière de services dans les deux langues officielles dans le système de santé au Nouveau-Brunswick devra être déposé à l'Assemblé législative.

Dresser une liste comparative des services dans l'une et l'autre des régies peut servir à illustrer certaines inégalités, mais cette liste ne peut pas constituer le fondement du développement futur des nouveaux services pour la Régie A. Le principe de l'égalité linguistique nous oblige de consulter la communauté acadienne et francophone et de planifier son développement avec elle en fonction de ses capacités, de ses volumes cliniques, de ses ressources humaines et de ce qu'elle souhaite développer comme services secondaires ou tertiaires dans son réseau de santé. Il faut bâtir en fonction des principes du besoin et de la complémentarité, et non celui de la duplication. Dresser des listes et dénoncer les iniquités sont des stratégies utiles dans le monde des communications, mais la duplication des services ne correspond pas à une réelle stratégie de développement de la santé en français au Nouveau-Brunswick. Quelle que soit l'expression que l'on emploie – rattrapage, rétrécissement des écarts ou construction de l'équité entre les deux régies – il est crucial de ne pas tergiverser, et surtout de ne pas tarder à mettre sur pied un mécanisme d'évaluation des priorités de la Régie A et d'adopter un premier plan d'action. La distribution des services spécialisés entre les deux régies est effectivement inégale et personne ne peut contester ce déséquilibre. Même s'il s'agit d'une situation qui précède la

réorganisation du système, le ministre de la Santé, au moment de l'annonce de la réforme de 2008, a reconnu ce fait et a confirmé le besoin de procéder à une meilleure allocation des services spécialisés et à rétablir l'équité.

Recommandation 10

Le Premier ministre et la ministre de la Santé doivent confirmer l'engagement du gouvernement à porter une attention spéciale au développement actuel et futur des soins de santé tertiaires dans la Régie A en établissement la première phase d'un plan d'action échelonné sur cinq ans qui assure une plus grande imputabilité dans les efforts de rattrapage de la Régie A. Sous la direction du sous-ministre de la Santé, le comité qui élaborera ce plan d'action devra être formé de représentants de l'équipe de direction des Régies A et B, du sous-ministre délégué (services francophones) ainsi que de représentants de la communauté acadienne et francophone engagée dans le domaine du développement des services de santé et de mieux-être en français.

Recommandation 11

Pour mettre fin à l'accroissement des écarts entre les deux régies de la santé, il est recommandé que l'on applique immédiatement le principe de la « répartition équitable ». Ce principe s'explique comme suit : dans le cas de nouveaux services de santé ou d'extension de services que l'on a l'intention d'offrir dans plus d'un établissement dans la province, le gouvernement s'engage à consulter la régie où le service est inexistant de sorte à lui offrir l'opportunité de le livrer à partir de son réseau de façon prioritaire. Le principe de « répartition équitable » s'inscrit dans une perspective de rattrapage et l'objectif est d'offrir un deuxième point de service ou un extension de service, dans la mesure du possible, dans la régie qui ne l'offre pas présentement.

III. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick : un acteur dans le développement de la santé en français

Certaines personnes rencontrées pensent que le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick peut jouer un rôle dans l'amélioration des services de santé en français dans la province. Effectivement, à la lecture de son mandat,

qui vise à mesurer, surveiller et évaluer les services de soins de santé au Nouveau-Brunswick, on pourrait spéculer que la dimension linguistique constitue une variable importante dans le travail du Conseil de la santé. Le mandat actuel du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick est le suivant :

> *La population du Nouveau-Brunswick a le droit de connaître les décisions prises, de faire partie du processus décisionnel, et de connaître les résultats livrés par le système de santé et ses coûts. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick encouragera cette transparence, cet engagement et cette responsabilité en :*
>
> - *Engageant la population dans un dialogue significatif.*
> - *Mesurant, surveillant et évaluant la santé de la population et la qualité des services en santé.*
> - *Informant la population sur l'état de la performance du système de santé.*
> - *Recommandant des améliorations aux partenaires du système de santé.*

Recommandation 12

Que le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, à l'intérieur de ses études, de ses mécanismes d'engagement et de l'ensemble de ses travaux, inclut systématiquement un regard distinct et comparatif sur l'état de la santé et des services de chacune des communautés de langue officielle de la province et tienne compte des valeurs distinctes et communes aux deux communautés linguistiques et culturelles. Le conseil devra aussi tenir compte et mesurer la capacité des Régies à répondre aux besoins linguistiques des deux communautés de langues officielles.

IV. FacilicorpNB – une nouvelle agence gouvernementale créée en vue de rationnaliser les ressources en santé, dont la gestion de l'achat de programmes et de services non cliniques pour tout le système de soins de santé

FacilicorpNB Inc. constitue une corporation commerciale dont le seul et unique actionnaire est la Ministre de la Santé. Son mandat est d'offrir des services de soutien aux deux régies régionales de la santé sur les plans de

l'acquisition de matériels, des technologies de l'information et des télécommunications ainsi que des services de buanderie.

D'après les propos recueillis lors de nos rencontres, la constitution de Facilicorp a créé certains remous au sein de la communauté acadienne et francophone. Cette insatisfaction porte surtout sur le fait que les employés qui relevaient autrefois des anciennes régies sont désormais subordonnés à cette toute nouvelle agence du secteur public néo-brunswickois. Une part des employés qui se trouvaient autrefois en milieu de travail francophone, à l'hôpital Dr. Georges-L. Dumont pour ne nommer qu'un seul établissement, ont exprimé certaines appréhensions quant à la langue de travail. Il est clair que Facilicorp doit veiller au maintien des droits acquis et, de surcroît, au développement des espaces francophones en milieu de travail.

D'abord, depuis l'avènement de Facilicorp, le lieu de travail de chaque employé a très peu ou pas changé. La plupart des employés sont demeurés au sein de l'établissement de santé au sein duquel ils se trouvaient avant la réforme de 2008 et ont conservé leur milieu de travail et de socialisation. Par ailleurs, Facilicorp est assujetti à la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick* et nous avons reçu confirmation que cette agence se soit engagée envers la Régie A de respecter la langue de travail des établissements, comme l'hôpital Dr. Georges-L. Dumont, dans ses communications auprès des employés qui s'y trouvent toujours. Enfin, et non le moindre, nous croyons comprendre que préalablement à l'établissement de Facilicorp, des groupes d'achat de produits et de services non cliniques avaient été constitués par certaines régies, et que la plupart, sinon toutes les communications relatives à ces groupes se faisaient en anglais, alors qu'à l'heure actuelle, l'agence est formellement engagée, en plus d'être légalement assujettie, à respecter les obligations linguistiques qui existent au Nouveau-Brunswick.

Ceci dit, il reste que Facilicorp demeure un enjeu problématique aux yeux de plusieurs intervenants et que le gouvernement aurait intérêt à repenser la structure de cette nouvelle agence. Un problème structurel fondamental de Facilicorp réside dans le fait que les véritables consommateurs et utilisateurs des services rendus par l'agence publique ne sont pas de véritables sociétaires. Les véritables actionnaires de Facilicorp sont effectivement les deux régies régionales de la santé et non pas exclusivement la Ministre. À titre de réel mandataire des deux régies, Facilicorp aurait intérêt à avoir à la table les véritables utilisateurs de ses biens et services pour assurer un alignement effectif de ses achats pour pouvoir mieux répondre aux besoins des deux régies. La présence de la Régie A au sein de la structure de gouvernance permettrait d'atténuer plusieurs craintes à l'égard des enjeux linguistiques et de l'influence que celle-ci détient sur les choix de l'agence. Les actionnaires de Facilicorp devraient donc inclure autant les deux régies que la Ministre, selon une formule de représentation d'un tiers (1/3) chacun.

Recommandation 13

Que les actionnaires de Facilicorp soient composés de la Ministre, de la Régie régionale de la santé A et de la Régie régionale de la Santé B (Horizon), et que les membres du conseil d'administration de cette agence soient également choisis par les nouveaux actionnaires selon les règles habituelles en droit corporatif.

V. Formation des professionnels de la santé et du mieux-être en français au Nouveau-Brunswick : reconnaître formellement le droit à un réseau francophone et à des institutions d'enseignement, de formation et de recherche distinctes

Le développement de programmes de formation en français pour les professionnels de la santé au Nouveau-Brunswick est franchement fulgurant. L'Université de Moncton a fait de la santé un axe de développement

prioritaire et elle livre à l'heure actuelle plus de vingt programmes et offre près de 300 cours reliés aux sciences de la santé. La contribution du Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick à l'évolution du système de santé est remarquable et il offre le seul programme de formation médicale francophone des provinces de l'Atlantique. Il est le fruit d'un partenariat entre l'Université de Moncton, la Faculté de Médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la Régie A. La contribution significative de l'Hôpital Dr. Georges-L. Dumont est indéniable dans les progrès accomplis et le contexte semble être favorable à l'établissement prochain d'un Centre hospitalier universitaire (CHU). Ce dernier est appelé à devenir un joyau de la société acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick qui aspire à une plus grande complétude institutionnelle. Ce CHU en devenir assumera un rôle unique ainsi qu'une vocation provinciale en matière d'enseignement, de formation et de recherche en français avec les partenaires mentionnés précédemment. Il est tout aussi important de développer le réseau des centres hospitaliers universitaires affiliés (CHUA) qui permettra le déploiement de programmes et de collaborations sur l'ensemble du territoire de la province. D'ailleurs, plusieurs intervenants ont affirmé que la pénurie de main-d'œuvre bilingue dans le domaine de la santé engendre de sérieuses difficultés qui ont une incidence sur la capacité des établissements de respecter leurs obligations découlant notamment de la *Loi sur les langues officielles*, c'est-à-dire un service de qualité égale à tous les citoyens dans la langue officielle de leur choix.

La santé en français est un domaine en plein essor. L'enseignement, la recherche et la formation sont des volets qui nécessitent des espaces francophones à partir desquels peuvent se déployer ces activités. Qu'il s'agisse d'un étudiant en stage ou d'un professionnel de la santé suivant une formation, il est essentiel d'avoir des espaces francophones où il est possible

d'entreprendre ses études et de parfaire ses connaissances. Ces nouveaux lieux doivent bénéficier de la même reconnaissance inscrite et garantie par la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles du Nouveau-Brunswick.*

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit renforcer son engagement envers les espaces francophones d'enseignement, de formation et de recherche dans le domaine de la santé en français. Il gagnerait à reconnaître de façon formelle et substantive que ces espaces fassent partie intégrante du régime linguistique et s'inscrivent dans la vision de l'égalité des deux communautés linguistiques au Nouveau-Brunswick. Dans le rapport annuel 2009, la présidente a déjà formellement indiqué que la Régie A et ses partenaires ont entrepris des démarches en vue de la désignation de l'hôpital Dr. Georges-L. Dumont comme CHU ainsi que les hôpitaux régionaux de Bathurst, Campbellton et Edmundston comme CHUA. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick aurait donc intérêt à préciser davantage ces nouvelles structures par voie législative ou par autre voie d'engagement gouvernemental formel pour ainsi créer ce nouvel espace francophone dans le domaine de l'éducation, de la formation et de la recherche en santé. La création et la reconnaissance explicites d'un CHU et d'un CHUA pourraient se faire par voie législative ou par tout autre acte gouvernemental formel, soit par l'édiction d'une loi constituant cette nouvelle structure ou par simple inscription d'une précision dans la *Loi reconnaissant l'égalité des deux communautés linguistiques officielles du Nouveau-Brunswick.* Une telle reconnaissance d'un réseau d'éducation, de formation et de recherche en santé pour chaque communauté linguistique officielle est analogue à la démarche entreprise par les élus de l'époque au moment d'adopter cette loi, lorsque ceux-ci ont unanimement reconnu et confirmé leur engagement envers l'existence d'un réseau scolaire public géré pour et par des francophones en 1981. À tout le moins, les consultations menées au cours des

dernières semaines permettent de constater que la Province aurait intérêt à préciser son engagement à l'égard de la désignation d'un CHU et de CHUA par tous moyens qu'elle juge à propos pour assurer que cet important espace francophone puisse prendre vie.

Recommandation 14

Que le gouvernement du Nouveau-Brunswick reconnaisse et établisse formellement, par acte législatif ou par autre forme d'engagement gouvernemental formel un réseau d'enseignement, de formation et de recherche en santé et mieux-être qui est établi sur une base linguistique homogène de sorte à permettre de livrer la formation appropriée à tous les professionnels de la santé, ce qui favorisera que tous les citoyens puissent recevoir leurs services de santé dans leur langue officielle de choix, et ce, par voie de services égaux, de qualité égale.

Conclusion

À l'issue de ce débat autour de la réforme en santé, la communauté acadienne de la province est largement divisée sur la question de l'avenir du réseau de santé en français au Nouveau-Brunswick. Les débats ont mis en évidence certains clivages historiques et nous nous sommes éloignés, momentanément je l'espère, d'une Acadie du Nouveau-Brunswick plus unie que divisée. Les nations de petite taille, comme l'Acadie, n'ont pas intérêt à être fractionnées à perpétuité. Si le débat et la contestation sont signes d'un dynamisme démocratique au sein de la communauté acadienne et francophone, il faut néanmoins avoir la sagesse et la maturité de reconnaître l'importance de reconstruire des fronts communs. Tel que mentionné précédemment, ce débat sur les structures de gouverne en santé est crucial et il est important de prendre le temps de réfléchir collectivement aux balises que nous voulons établir. La construction et l'avancement d'une société ne peuvent dépendre

uniquement des recours judiciaires, mais la conjoncture actuelle nous aura toutefois permis de prendre un court temps pour réfléchir à des solutions acceptables. J'ose espérer que nous sommes à l'aube d'arriver à certains éléments de consensus quant aux structures de gouverne et que nous pourrons dorénavant investir nos énergies sur l'amélioration de la prestation des soins de santé de qualité en français, accroître nos capacités communautaires et, surtout, pendre des mesures pour créer des milieux et des conditions de vie propices à la santé et le mieux-être des Acadiennes et des Acadiens.

Il aurait sans doute été préférable que le dialogue entre le gouvernement et la communauté acadienne, amorcé par la SANB en mars 2006 avec son excellent mémoire *Vivre en santé en français*, se poursuive. C'est avec étonnement que l'on constate que depuis la parution de ce mémoire en 2006, et en particulier depuis le dépôt d'une poursuite contre le gouvernement du Nouveau-Brunswick par Égalité santé en français (et appuyé par le leadership communautaire), qu'aucun groupe, institution ou organisme n'ait proposé, pour discussion publique, des recommandations sur l'amélioration ou la bonification du système de santé en français. La dénonciation de la réforme de 2008 a été claire et formelle, mais les solutions ou alternatives concrètes se font plutôt rares.

Il est tout aussi surprenant que le gouvernement ne dispose d'aucun mécanisme formel pour analyser l'impact des politiques publiques, autant celles en place que celles en élaboration, sous la lentille des langues officielles. Quarante ans après l'adoption de la *Loi sur les langues officielles du Nouveau-Brunswick*, comment se fait-il que les gouvernements successifs n'aient pas élaboré un plan d'action sur les langues officielles ? Les agences centrales, notamment le Bureau du conseil exécutif, ou même le ministère de la Justice, principal conseiller du gouvernement en matière de droits

linguistiques, ont-il des lieux de réflexion et d'échanges avec le leadership de la communauté acadienne et francophone ? Sont-ils imputables de l'atteinte de résultats visés en matière de développement et d'épanouissement de la communauté acadienne et francophone ? Tout est à construire et il faut, à mon sens, miser sur les efforts déployés en ce moment par le Cabinet du premier ministre et le ministère des Affaires intergouvernementales dans l'élaboration d'un plan d'action gouvernemental sur les langues officielles.

La mise en place de lieux de concertation et l'élaboration de plans d'action gouvernementaux n'engendrent ni des consensus automatiques, ni des résultats immédiats. Cependant, la démocratie représentative contemporaine exige que la société civile soit plus engagée que jamais dans les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques. L'Acadie du Nouveau-Brunswick a construit une infrastructure communautaire des plus impressionnantes au cours des trente dernière années, mais j'ai souvent le sentiment que le gouvernement provincial n'en tient pas suffisamment compte et en tire peu profit dans sa gestion des affaires publiques. Pourtant, en période de crise, on reconnaît rapidement l'importance des relations de travail et de confiance entre la société civile et l'État.

La communauté acadienne et francophone du Nouveau-Brunswick a raison d'être vigilante, comme doivent l'être toutes les minorités confrontées à des réformes et des changements fondamentaux initiés par les gouvernements. Le régime linguistique du Nouveau-Brunswick a comme pilier la reconnaissance de l'égalité des deux communautés linguistiques officielles. Ce statut d'égalité s'applique à l'ensemble de la population et se manifeste différemment selon les aspirations et perspectives. Les besoins des deux communautés linguistiques sont semblables dans certains cas et particuliers dans d'autres. Contrairement à ce que plusieurs acteurs au sein de l'administration publique provinciale peuvent penser, les services

gouvernementaux ne sont pas neutres et, plus souvent qu'autrement, ceux-ci ont tendance à correspondre à la réalité culturelle de la majorité. Le fait de desservir les deux communautés linguistiques de la même manière s'avère une approche insuffisante. À vrai dire, la reproduction d'un service conçu en anglais et traduit en français met en lumière l'incompréhension profonde du régime linguistique néo-brunswickois. Bien desservir une communauté minoritaire exige que les services de l'État soient sensibles aux besoins linguistiques, mais aussi culturels, de la collectivité et répondent à leurs aspirations.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit incorporer dans son fonctionnement quotidien le principe de l'égalité des deux communautés linguistiques et construire avec le milieu communautaire une relation de confiance et de collaboration. Cette vision du pacte politique est au cœur de la cohésion sociale de notre province. Ce pacte politique a été élaboré et mis en œuvre à partir d'une vision de chances égales pour tous du gouvernement Robichaud à la fin des années 1960, et a été relancé par le gouvernement Hatfield qui l'a succédé dans une vision d'égalité des communautés linguistiques. Ce sont des hommes et des femmes politiques qui ont conçu ce pacte politique pour notre province et il faut à tout prix que nos acteurs politiques contemporains, appuyés par une communauté solidaire, continuent à faire évoluer toutes les facettes de la vie en français au Nouveau-Brunswick.